ANNALI UNIVERSALI
DI
MEDICINA

GIÀ COMPILATI DAI DOTTORI

ANNIBALE OMODEI e CARLO-AMPELIO CALDERINI

E CONTINUATI DAL DOTTORE

ROMOLO GRIFFINI

Volume CCXXX

FASCICOLO DI OTTOBRE 1874.

Di questi *Annali* si pubblica ogni mese un fascicolo di *quattordici fogli* in-8.°, illustrato al bisogno da tavole incise in rame, in legno, o litografiche, secondo l'opportunità. — Tre fascicoli formano un Volume.

Il prezzo dell'Annuale Associazione è di L. 31 per tutto il Regno; per l'Estero le spese postali in più.

Il Prezzo si paga anticipato per semestre o per anno.

Un fascicolo separato costa L. 3.

Le Associazioni si ricevono a Milano dagli Editori Fratelli Rechiedei, Via S. Pietro all'Orto, 16.

I libri e i manoscritti che i medici italiani desiderassero far annunciare od inserire negli *Annali*, dovranno essere spediti franchi di ogni spesa, al Direttore signor Dottore Romolo Griffini, Via Francesco Sforza, 33.

MILANO

FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1874.

55350

ANNO 60.

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA

FONDATI DAL DOTTORE ANNIBALE OMODEI

CONTINUATI E DIRETTI DAL DOTT.

ROMOLO GRIFFINI

CAV. MAURIZIANO E DELLA LEG. D'ONORE; VICE-PRESID. DEL COMITATO CENTRALE D'ITALIA IN MILANO DELL'ASSOCIAZ. DI SOCCORSO AI MILITARI FERITI IN GUERRA; MEMBRO DEL CONSIGLIO COMUNALE DI MILANO, DEL CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE DEL FONDO PATRIMONIALE DELLA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO DEI MEDICI DI LOMBARDIA, DELLA COMMISSIONE ESECUTIVA DELLA ASSOCIAZ. MEDICA ITALIANA E DELLA COMMISSIONE PROV. DI STATISTICA; MEDICO PRIMARIO ONORARIO DELL'OSPEDALE MAGGIORE; DIRETTORE DELL'OSPIZIO PROV. ESPOSTI E PARTORIENTI; SOCIO DI VARIE ACCADEMIE NAZIONALI ED ESTERE.

VOLUME CCXXX

Ottobre, Novembre e Dicembre 1874

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1874

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

Vol. CCXXX. — Fasc. 688. — Ottobre 1874

Contribuzione all'anatomia patologica della pazzia; *pel dott.* ARRIGO TAMASSIA. (*Laboratorio di Psichiatria e Medicina legale sperimentale della Regia Università di Pavia*).

Se nelle malattie non vi sono soltanto dei sintomi, ma ancora degli stati anormali degli organi che danno origine ai fenomeni che si osservano, si dovrà convenire che le lesioni rilevate dalle autopsie degli alienati costituiscono una parte importante della psichiatria. — Queste parole di Griesinger potrebbero servire per tutta introduzione al lavoro che offro al pubblico. Non v'ha più alcuno nella scienza che consideri l'alienazione mentale quale un'entità astratta, indipendente dalle alterazioni materiali del cervello e degli altri organi. Il concetto climico moderno di malattia entrò felicemente anche nel dominio della psichiatria, scienza più d'ogni altra pell'oggetto e pella difficoltà dei suoi studi, inchinevole alle vaghe concezioni della filosofia, e ci guidò a raccogliere fatti e numeri, non escludendo però mai i reperti negativi. Ma non è poco a deplorarsi che questo metodo sì sicuro d'esame non sia da tutti i psichiatri in modo uniforme seguito. Casi insoliti, insigni, porgeranno fondamento ad un'ardita ipotesi circa la connessione dell'alterazione materiale e la mentale, ma non potranno mai mettere sulla via di fondare una fisionomia clinica generale della pazzia: solo il grande numero di reperti ci apprenderà leggi nascoste e

ci dirà quanto le piccole ma ripetute alterazioni d'un organo possano contribuire allo sviluppo ed al decorso della pazzia. A compiere questo lavoro sintetico è necessaria una simmetria convenuta nella redazione dei reperti necroscopici, ed un accordo pel valore da attribuirsi a certe espressioni denotanti le alterazioni eventuali del cervello. Mackenzie ad esempio fa saggiamente notare quanto sia incerto il significato di *rammollimento cerebrale*, e quanti falsi giudizi possa arrecare la sua introduzione nelle osservazioni anatomo-patologiche, se non venga previamente precisata la condizione materiale che gli corrisponde. Questo potremmo ripetere per molte altre denominazioni, il cui significato tradizionale viene per opera delle moderne ricerche grandemente modificandosi. — A me sembra quindi che l'esempio fornito da Howden (1) in Inghilterra debba venire utilmente seguito dagli altri psichiatri. Questi redasse una tavola in cui registrò in ordine anatomico le alterazioni cerebrali, i casi negativi secondo le varie malattie mentali; fu seguito da Tuke e da Balfour (2) e nella redazione del presente lavoro, da me. — Desideroso di portar materiali alla cognizione della patologia delle alienazioni mentali, esaminai 235 reperti necroscopici della clinica psichiatrica della R. Università di Pavia, limitandomi per ora ad esporre le alterazioni del cervello e del cuore negli alienati, rimettendo ad altro lavoro l'esame degli altri visceri. È ben lungi da me la pretesa di mettere in luce fatti nuovi; ma non è piccolo il mio conforto nel vedere come i numeri da me dedotti collimino con quelli degli altri autori, come quindi fra molte incertezze possan prendere forma sicura i fondamenti d'una legge. — Le alterazioni da me annotate non hanno nulla di specifico, di caratteristico, ma il carattere specifico è loro dato dalla loro frequenza, dalla loro connessione coi

(1) « An analysis of the Post mortem Appearances in 235 Insane Persons » by James Howden. (« Journ. of ment. science. » Ap. 1871).

(2) « Pathological Appearances observed in the Brains of the Insane », by W. G. Balfour. (« Journ. of. ment. science », april, 1874).

disturbi della intelligenza. — Ma non in tutti i cervelli si potè scorgere lesione: ecco il fatto negativo, eccola dunque la ragione di diffidenza, secondo alcuni. Ma questi reperti negativi sono tali solo rispetto ai nostri mezzi d'osservazione: l'osservazione microscopica ha in gran parte scemato questi casi di follia *sine materia*, e dove il pratico volgare non discerne alcuna alterazione, Meyer trova una proliferazione cellulare attorno ai piccoli vasi delle circonvoluzioni, l'inspessimento delle loro pareti, e Tuke la degenerazione colloidea delle cellule nervose. Ciò dimostri quant'è grande il campo da esplorare, quante lesioni ci può mettere in luce la tecnica moderna.

Al mio illustre maestro, il prof. Lombroso, pella sapienza dei suoi consigli, pella liberale facoltà concessami di trar lavoro da materiali della sua clinica, esterno pubblicamente la mia riconoscenza.

Gli alienati di cui esaminai la necroscopia sommavano a 235, e secondo la classificazione di Griesinger, così ripartiti:

Epilettici	24
Affetti da mania acuta	26
Affetti da mania cronica	55
Affetti da paralisi generale progressiva	27
Monomaniaci	25
Melanconici	17
Dementi	10
Idioti	9

A questi aggiungiamo due forme di alienazione mentale derivanti da intossicazione, cioè:

Alcoolismo	8
Pellagra	34
Totale	235

Età.

L'età media degli alienati corrispose ad anni 39,8 e più particolarmente pell'uomo ad anni 39,2, pella donna ad anni 40,5. — Questo vantaggio nelle donne può spiegarsi colle

miglior condizioni igieniche dell' attuale manicomio femminile pavese rispetto al maschile, ove per le tristissime condizioni igieniche, per la mancanza di giardino, son più frequenti le malattie comuni, e non rare le malattie epidemiche (colite ulcerosa). E secondo le malattie cerebrali abbiamo rispetto all' età la progressione seguente:

	Uomini
1. Epilettici	anni 28,4
2. Idioti	» 32,5
3. Mania acuta	» 32,8
4. Paralisi generale progressiva . .	» 37,6
5. Monomania	» 38,7
6. Demenza . . . . . , . .	» 40,8
7. Melanconia . . . . . , .	» 42,6
8. Pellagra	» 43,1
9. Mania cronica	» 47,7
10. Alcoolismo	» 51,4

e nelle donne

1. Mania acuta	» 36,1
2. Epilessia	» 38,4
3. Melanconia	» 40,6
4. Demenza	» 47,5
5. Pellagra	» 48,2
6. Mania cronica	» 49,3
7. Monomania	» 52

Da cui puossi dedurre che le varie alterazioni mentali influiscono quasi egualmente sull' uomo e sulla donna circa la durata dell' età e che alle forme acute cerebrali corrisponde una minor vita media. Trovasi ancora che nelle donne affette da epilessia, da monomania e da pellagra, la vita media è più lunga rispetto agli uomini affetti dalle stesse malattie.

Cuore.

Il peso medio del cuore degli alienati corrispose a grammi 276,7 cioè 286 grammi pegli uomini, 266 per le donne. Da questi numeri si trae che il peso del cuore negli alienati,

rispetto a quello dei sani, è notevolmente maggiore. Stando alle cifre di Cruveilhier (200 gr.) e di Bouillaud e Nysten (250 gr.), può dedursi che la media degli alienati supera di circa 50 grammi la media normale. — Ora l'aumento di peso del cuore degli alienati sarebbe stato trovato anche da altri autori, fra cui recentemente Burnam (1) secondo cui il peso del cuore degli alienati d'ambo i sessi supererebbe di circa grammi 35 la media normale, e da Lombroso il quale avrebbe ottenuto dal peso del cuore dei pellagrosi una media poco dissimile dall'esposta, cioè gr. 259 (2). — Questo aumento di peso del cuore può già accennare ad un aumento della sua attività funzionale senz'alcuna alterazione di esso; ma poichè vedremo quanto sono frequenti i vizi cardiaci negli alienati, l'aumento del peso del cuore può apparirci quale conseguenza dell'attività funzionale esagerata in seguito agli ostacoli che l'organo stesso dovette superare. Che se esponiamo le medie del peso del cuore secondo le varie alterazioni cerebrali, possiamo trarre altre conseguenze. Così negli uomini affetti da

Epilessia il cuore pesa	gr.	379
Alcoolismo	»	339
Melanconia	»	303
Mania acuta	»	286
Mania cronica	»	257
Monomania	»	250
Demenza	»	247
Pellagra	»	231
Idiozia	»	215

e nelle donne affette da

Mania acuta il cuore pesa	gr.	317
Melanconia	»	295
Pellagra	»	261
Epilessia	»	253
Mania cronica	»	235
Demenza	»	230

(1) « Psych. Centralblatt », nov. 1873.

(2) « Natura, causa e terapia della pellagra. » Bologna, 1871, pag. 248.

Queste cifre ci dicono che nelle alienazioni mentali nelle quali vi ha la massima concitazione e che posson segnare l'acme nel decorso d'una malattia mentale corrisponde un proporzionale aumento di peso nel cuore. Vedesi già quanta differenza corra tra il peso del cuore negli affetti da mania acuta e in quelli affetti da mania cronica (286-257 negli uomini e 317-235 nelle donne) e come la pellagra, la demenza, l'idiozia occupino l'ultimo grado. — Ci sarebbe quindi lecito senz'altro esame di giudicare che nelle malattie mentali in cui si nota eccitazione, od uno stadio acuto di esse, havvi un anomalo aumento dell'attività cardiaca, derivi questo da un vizio, o rappresenti un fatto primitivo. — Però quest'accordo tra peso del cuore, e quindi tra attività cardiaca e la forma di alienazione mentale potrebbe ritenersi infirmato col far riflesso alle modificazioni che l'età apporta, e all'esser sommate età di alienati assai differenti tra loro. Ma questa obbiezione cade, quando si sappia che fra gli alienati di cui si registrò l'autopsia pochissimi raggiunsero l'età avanzata, tutti superarono l'età infantile, da aversi per media di loro vita anni 39,8. — La relazione quindi riscontrata non può ritenersi casuale, ma rispondente invece a reali condizioni fisiologiche.

Alterazioni del cuore.

Ecco la tavola delle alterazioni cardiache riscontrate negli alienati, non che quella della loro frequenza secondo le varie malattie mentali.

TAVOLA I.ª

Malattie mentali	Atrofia	Ipertrofia	Ip. ventricolo sinistro	Ip. ventricolo destro	Stenosi mitrale	Stenosi bicuspidale	Insufficienza mitrale	Insufficienza aortica	Degenerazione grassa	Ateroma aortico	Inspessimento valvolare	Idropericardio	Pericardite	Dilatazione aortica	Degenerazione bruna	Nessuna alterazione	Numero d'alienati
Alcoolismo	—	2	1	1	—	—	—	1	3	4	1	—	1	1	—	—	8
Epilessia	2	3	6	1	1	—	—	1	2	10	3	—	1	—	—	6	24
Mania acuta . . .	2	3	5	1	1	—	—	1	3	6	2	2	1	—	—	9	26
Mania cronica . .	4	4	13	2	1	—	—	1	9	18	7	9	9	—	8	7	55
Paralisi gen. progress.	1	5	1	1	—	—	—	1	3	13	4	3	4	—	—	8	27
Demenza	1	1	2	—	—	—	—	—	4	4	3	2	—	—	—	1	10
Monomania . . .	3	3	3	—	—	—	—	—	2	—	3	1	2	—	4	8	25
Melanconia . . .	1	2	1	—	1	—	—	—	2	4	1	1	2	—	1	7	17
Pellagra	—	2	8	—	—	1	—	—	4	8	1	1	5	1	5	6	34
Idiozia	2	—	1	—	—	1	—	—	—	4	—	—	1	3	—	—	9

E riducendo questi numeri nella proporzione percentuale abbiamo:

TAVOLA 2.ª

Malattie mentali	Atrofia	Ipertrofia	Ip. ventricolo sinistro	Ip. ventricolo destro	Stenosi mitrale	Stenosi tricuspidale	Insufficienza mitrale	Insufficienza aortica	Degenerazione grassa	Ateroma aortico	Inspessimento valvolare	Idropericardio	Pericardite	Dilatazione aortica	Degenerazione bruna	Nessuna alterazione
Alcoolismo	—	25	12,5	12,5	—	—	—	12,5	37,5	50	12,5	—	12.5	12,5	—	—
Epilessia	8,3	12,5	25	4,1	4,1	—	—	4,1	8,3	41,1	12,5	—	4,1	—	—	25
Mania acuta	7,6	11,4	19,0	3,8	3,8	—	—	3,8	11,4	22,8	7,6	7,6	3,8	—	—	34,4
Mania cronica	7,2	7,2	23,4	3,6	1,8	—	—	1,8	16,2	32,4	12,6	16,2	16,2	—	14,4	12,7
Paralisi generale progress.	3,7	18,5	3,7	3,7	—	—	—	3,7	11,1	48,1	14,8	11,1	14,8	—	3,7	29,6
Demenza	10	10	20	—	—	—	—	10	40	40	30	20	—	—	—	10
Monomania	12	12	12	—	—	—	—	—	8	32	12	4	2	—	16	32
Melanconia	5,9	11,8	5,9	—	5,9	—	—	—	11,8	23,6	5,9	5,9	4,8	—	5,9	4,1
Pellagra	—	5,8	23,2	—	—	2,9	—	—	11,6	23,2	2,9	2,9	14	2,9	14,5	17,6
Idiozia	22,2	—	11,1	—	—	11,1	—	—	—	44,4	—	—	1,11	33	—	—

Ed ordinando queste alterazioni secondo la loro frequenza, si ha lo specchio seguente:

TAVOLA 3.ª

Ateroma aortico	29	su cento
Ipertrofia del ventricolo sinistro .	17,4	»
Degenerazione grassa del miocardio	13,6	»
Pericardite	11,7	»
Ipertrofia totale	10,6	»
Inspessimento valvolare	10,6	»
Degenerazione bruna del miocardio	8	»
Idropericardio	8	»
Atrofia totale	6,8	»
Ipertrofia del ventricolo destro .	2,5	»
Insufficienza aortica	2,5	»
Stenosi della vertebra mitrale . .	1,7	»
Dilatazione aortica	0,4	»
Stenosi della tricuspidale . . .	0,8	»
Nessuna alterazione	23	»

La prima osservazione che ci dettano questi numeri riguarda la frequenza e la coesistenza delle alterazioni cardiache colle malattie mentali. Così esprimendoci, non intendiamo limitarci ai soli casi nei quali il vizio cardiaco compagno ad una alienazione mentale fu causa prima della morte: questa via seguita da moderni scrittori non ci sembra la più giusta; poichè per giungere alla conoscenza esatta d'una malattia mentale, occorre studiare tutte le alterazioni viscerali e specialmente quelle che senz'esser cause dirette della morte, possono colla loro insistenza modificare il processo della circolazione e quindi di nutrizione dei vari tessuti. Così l'ateroma aortico, un inspessimento valvolare, posson rappresentare nell'alienazione mentale se non la prima causa, certo però una condizione che può sinistramente influire sulla nutrizione del cervello, provocando allucinazioni sensoriali, vertigini, ecc.

Ricordiamo qui quanto sien varie le opinioni dei psichiatri circa la connessione delle malattie mentali colle cardiache. Esquirol ne avrebbe trovato 1[15 nei melanconici, Webster

1[8, Bayle 1[16. Ma Griesinger, esponendo queste notizie statistiche, non inclina a dar loro grande valore; e ricordando che nell' asilo di Vienna su 602 autopsie si ebbe 1[8 di malattie cardiache, aggiunge che si collocarono fra queste, alterazioni di poca importanza dal punto di vista clinico. E appoggiandosi quindi alle cifre di Bazin (3 su 433) deduce che le affezioni del cuore son rare negli alienati. — Però le ultime statistiche — nelle quali si tenne conto d' ogni reale lesione cardiaca — non confermano il giudizio dell' illustre patologo di Berlino. — Burman (1) diffatti avrebbe trovato l' 80 per certo di cardiopatie negli alienati e Howden (2) su 235 autopsie trovò 39 volte ateroma aortico, 7 pericarditi aderenti, 12 volte opacamento del pericardio, 56 volte alterazione alle valvole; un gran numero di cardiopatie negli alienati riscontrava pure il Buonomo di Napoli, Berti a Venezia (3). Questi trovò il 35,21 per cento di ipertrofie del ventricolo sinistro, l' 8,45 per cento d' ipertrofia eccentrica dello stesso ventricolo, ateroma alle valvole, all'aorta, alla mitrale (24 per cento ecc.), e finalmente su 71 cuori ne trovava 8 normali, cioè il 4,26 per cento, quindi l'88,74 per cento di alterati; e dividendo le alterazioni cardiache riscontrate (135) per il numero dei cuori in cui esse risiedevano, si ha che ciascun cuore riconosciuto anormale presentava in media 2,1 alterazioni.

Ora le cifre da me ottenute poco si scostano da quelle ottenute da Burman e da Berti: trovai diffatti su 235 individui alienati soltanto 55 volte il cuore senza alcuna lesione, da cui si cava che 76,6 per cento avevano lesioni cardiache. Nè si opponga che tal numero di cardiopatie è dato dalla grande frequenza dell'ateroma aortico, considerato come alterazione isolata; poichè facendo astrazione da questo reperto e dalla sua significazione patologica, troviamo fra le

(1) Op. cit.

(2) « On analysis of the post-mortem Appearances in 235 Insane Persons. » (« Journ. of the ment. science », april 1871).

(3) V. la classica relazione del dott. Antonio Berti. « Prospetto delle maniache curate nel 1861 nel Morocomio di Venezia. » Venezia, 1863.

alterazioni registrate vere lesioni strumentali, quali l'ipertrofia totale, l' ipertrofia del ventricolo sinistro, la stenosi della valvola mitrale, l'insufficienza valvolare, l'inspessimento valvolare, la pericardite. Ma ciò non basta. Nei cuori riconosciuti anormali non v'ha quasi mai un'unica alterazione, tanto che possiamo dalla somma totale delle lesioni cardiache riscontrate (337) nei cuori riconosciuti anormali (217) formarci quasi un quadro ideale delle condizioni cardiache dei nostri alienati, dei quali uno ogni sei non aveva un' unica ma una doppia lesione cardiaca. — Che se studiamo la frequenza delle alterazioni cardiache secondo le varie malattie cerebrali, troviamo che su cento casi

L' alcoolismo offre il cuore alterato . .	100	volte
La demenza.	90	»
La mania cronica.	87	»
L' epilessia	75	»
La paralisi generale progressiva . . .	70	»
La mania acuta	63	»
La melanconia	41	»
L' idiozia . . , ...	33	»
La monomania	32	»
La pellagra.	17	»

Qui però non si esprime che un rapporto tra cuori incolumi e malati, senza stabilirne la gravità. Ora invece tenendo conto del *numero* delle lesioni cardiache corrispondenti ad ogni singolo cuore riconosciuto affetto, si ha che per ciascuno di questi.

Nella	Demenza vi hanno	2	alterazioni
»	Paralisi progressiva	1,9	»
»	Monomania	1,7	»
»	Melanconia	1,6	»
»	Alcoolismo	1,6	»
»	Mania acuta.	1,5	»
»	Mania cronica	1,3	»
»	Pellagra	1,2	»
»	Epilessia	1,2	»

Queste cifre non esprimono che alcuni dati approssimativi, ma ci porgono però un quadro della gravezza delle lesioni cardiache in ogni malattia mentale. Intanto vediamo come una

maggior complicazione nei vizi cardiaci armonizzi colle forme di alienazioni mentali nelle quali il disturbo psichico è più marcato ed è remotissima ogni speranza di guarigione (demenza, paralisi progressiva); vedesi ancora che i melanconici, che per quanto riguarda la cardiopatia in genere occupano gli ultimi posti, riguardo invece alla complicazione di questa, occupano nella scala il 4.° posto, il che vuol dire che se in loro le malattie cardiache son più rare di quelle degli altri alienati, una volta contratte assumono però un carattere più grave. Ciò quindi verrebbe in appoggio alle dottrine di Esquirol, secondo il quale alla melanconia corrisponderebbe sempre una grave cardiopatia. — E stando alle nostre cifre, delle malattie mentali la pellagra sarebbe quella che offrirebbe minor numero e complicazioni di affezioni cardiache (17 per cento. — 1,2).

E venendo all'importanza clinica delle varie alterazioni cardiache, troviamo (V. tavola N. 3) aprir la serie l'ateroma aortico. Non è priva d'interesse l'osservazione circa la frequenza di questo negli alienati (29 per cento), e circa la precocità della sua produzione rispetto a quanto fisiologicamente si manifesta. Trovai registrato ateroma aortico in individui che avevano di poco superato i 23 anni e puossi dire che negli alienati a 30 anni l'ateroma aortico e talora coesistente a quello dei vasi cerebrali è lesione comune e a tal grado di sviluppo, quale anche difficilmente negli individui d'avanzatissima età si può riscontrare. — Questa precocità dunque dell'ateroma aortico può passare come una condizione patologica caratteristica degli alienati. Con questo ci sarà lecito ammettere un'irregolarità nell'irrigazione sanguigna generale e se riuniamo l'ateroma aortico a quello delle arterie cerebrali, abbastanza frequente negli alienati, si può concludere che nel cervello di questi per la rigidità delle pareti vascolari affluisce una minor quantità di sangue, v'ha rallentamento nella circolazione e v'ha sempre sospesa la minaccia dell'emorragia.

Dopo l'ateroma aortico succede l'ipertrofia del ventricolo sinistro, il cui significato patologico e la cui frequenza (17,4 per cento) non possono non esser rimarcati. È pure notevole

la frequenza della pericardite (11,7 per cento): ed in questi casi di pericardite dobbiamo registrare tre casi di sinfisi quasi completa ed un caso di pericardite con tubercolosi. Anche Howden (1) nel suo rendiconto fa notare il numero abbastanza grande di pericarditi nelle alienazioni mentali; Buonomo darebbe circa il 5 per cento di esse. — La degenerazione grassa del miocardio occupa il 3.° posto (13,6): essa sarebbe più estesa nell'alcoolismo (37,5), nella demenza (40 per cento), nella mania cronica (16,2). Abbonda quindi nelle forme croniche dell' alienazione e ad essa forse devesi la diminuzione di peso del cuore in questa serie di malattie; e la sua frequenza nell' alcoolismo può spiegarsi coll' azione fisiologica dell' alcool e colle trasformazioni dei tessuti cui esso dà luogo.

Anche l' atrofia bruna del miocardio ha grande parte; la media più grande corrisponde alla monomania (16 per cento); quindi alla pellagra (14,5 per cento) ed alla mania cronica (14,4) — fatto già constatato da Lombroso. Tale alterazione del miocardio al microscopio dà pur caratteristico l' assottigliamento delle fibre muscolari, la scomparsa in esse delle strie trasversali e la diffusione in queste di granulazioni di pigmento, donde la colorazione bruna di tutto il miocardio. — E se teniamo conto della facile lacerabilità del miocardio, — condizione da noi non registrata — all'impiccolimento, all' atrofia dei muscoli papillari del cuore abbastanza frequenti negli alienati, possiamo dire che il miocardio, sia per le degenerazioni notate, sia per queste ultime condizioni, offre un valore meccanico assai minore di quello che può dare il cuore dei non alienati, e che quindi per solo questo fatto tutta la circolazione deve risentirne e lo scambio dei materiali nei tessuti deve incompletamente effettuarsi.

Cervello.

Peso. — Il peso medio del cervello negli alienati corrispose nei

(1) Op. cit.

Uomini		Donne	
Melanconici a . .	gr. 1307	Mania cronica a .	gr. 1294
Pellagrosi. . . .	» 1287	Mania acuta . . .	» 1281
Epilettici	» 1286	Pellagra	» 1262
Par. g. progressiva	» 1254	Melanconia . . .	» 1220
Mania cronica . .	» 1280	Demenza	» 1190
Mania acuta. . .	» 1229	Epilessia	» 1115
Monomania . . .	» 1196		
Alcoolismo . . .	» 1163		
Idiozia.	» 1140		
Demenza	» 1127		

Negli uomini la media del peso del cervello fu di grammi 1226,9, nelle donne 1220, da cui si trae la media complessiva gr. 1223,4. — E se ricordiamo la media del peso del cervello normale fissata da Cruveilhier (1250 gr.), troviamo che nei pazzi v'ha una notevole diminuzione (circa 30 grammi).

Ma da questi numeri noi possiamo trarre altri raffronti, specialmente per ciò che riguarda il rapporto ponderale tra il cervello dell'uomo e della donna. Webster stabilì che nei casi normali il peso del cervello della donna sta a quello dell' uomo come 90 : 100. Thurman (1) applicando questo dato ai pazzi, trovò che nei due sessi corre un rapporto meno spiccato, cioè 91 : 100. — Confrontando le medie dei pesi dei cervelli da me ottenute, si ha che la differenza è ancor più diminuita, cioè si avrebbe un rapporto tra il cervello di donna alienata con quello di uomo alienato rappresentato da 90 : 90,3; e procedendo nel confronto secondo le varie malattie, si ha che nella

Melanconia il cerv. della donna	sta a quello dell'uomo	come	90 : 96
Mania cronica	»	»	90 : 91
Demenza	»	»	90 : 85
Pellagra	»	»	90 : 90,9
Epilessia	»	»	90 : 103
Mania acuta	»	»	90 : 86

Havvi quindi negli alienati per quanto riguarda il peso del cervello un ravvicinamento dei due sessi, anzi talora la donna

(1) « Journ. of ment. science », N. 57, 1856.

supera l' uomo; condizioni che verificansi pure nell' uomo di razza inferiore, nel boschimane e nel negro.

Quanto al peso del cervello nelle varie malattie mentali, è degna di nota la piccolezza nei dementi e negli idioti, — segno evidente d' un'avvenuta involuzione o di una congenita atrofia. — Notiamo pure come la serie delle malattie mentali disposta secondo il peso del cervello dei nostri alienati corrisponda quasi a quella fissata da Boyd (1). Diffatti secondo questo Autore in ragione di peso abbiamo

Uomini	Donne
1. Monomania	1. Mania.
2. Epilessia	2. Melanconia
3. Melanconia	3. Idiozia.
4. Demenza	4. Demenza

e secondo i nostri numeri:

1. Melanconia	1. Mania
2. Epilessia	2. Melanconia
3. Monomania	3. Demenza.
4. Demenza.	

Che se si mettono questi numeri in confronto con quelli esprimenti il peso del cuore, si troverà come il peso del cervello sia in rapporto diretto col peso del cuore. Così ad esempio la mania che è fra quelle forme che han maggior peso del cervello, ha ancora il maggior peso del cuore, e l'idiozia e la demenza stanno rispetto a questi due dati negli ultimi gradi.

Alterazioni del cervello.

Nel redigere il quadro delle alterazioni del cervello degli alienati io mi attenni (come già avvertii) al metodo adottato da Howden e seguito da Tuke e da Balfour: ommisi talune espressioni perchè non trovai alterazioni ad esse corrispondenti, altre introdussi e così spero d'aver completato il quadro delle lesioni riscontrate.

Ora ecco le alterazioni dei cervelli esaminati (235) nel loro insieme e nel loro rapporto percentuale.

(1) Boyd. Vital statics. (« Journ. of ment. science », jan. 1865).

TAVOLA 4.ª

	Alterazioni	Totale	Per cento	
Dura madre	ematoma	16	6,8	
	aderente al cranio	59	25	Berti (1) 18 per 100
	inspessita	49	22	
	iperemica	13	5,5	
	con tumori	9	3,8	
	con pseudomembrane	17	7,2	
Aracnoide	raccolta di siero	40	17	
	» di pus	4	1,7	
Pia madre	injettata	20	8,4	
	con siero tra le maglie	3	1,2	
	con sangue	3	1,2	Berti 5,63 per 100
	con tumori	2	0,2	
	aderente alla sostanza grigia	27	11,4	
	gran. di Pacchioni ingross.	19	8	
Vasi cerebrali — ateroma		18	7,6	
Sostanza grigia	appiattita ed atrofia delle circonvoluzioni	37	11	
	scolorita	11	4,7	
	injettata	10	4,2	
	rammollita	7	2,9	
	infiammazione acuta	1	0,4	
	atrofia parziale	18	7,6	
Sostanza bianca	indurita	18	7,6	Berti 5,63 per 100
	con edema	11	4,7	
	iperemica	11	6,3	
	rammollita	15	3,4	
	con stravaso	8	0,4	
	raggrinzata	1	0,4	
	cisti	4	1,7	
Talamo e corpo striato	stravaso	5	2,1	
	atrofia	2	0,2	
	rammollimento	18	7,6	
	cisti	2	0,2	
	tumori	1	0,4	

(1) Berti. Op. cit.

	Alterazioni	Totale	Per cento	
Cervelletto	adesione della pia meninge .	5	2,1	
	stravaso nella pia meninge .	1	0,4	
	rammollimento	10	4,2	Berti 4,22 per 100
	atrofia parziale	4	1,7	
Ventricoli cerebrali	eccessiva quantità di siero .	43	18,3	
	granulazioni sull'ependima .	6	2,4	
	opacità sull'ependima . . .	14	5,9	
Plessi coroidei con cisti		21	8,7	
Cervelli in apparenza normali . .		29	12,3	

E facendo corrrispondere nel rapporto percentuale le alterazioni cerebrali ad ogni malattia mentale, si ha il quadro seguente:

TAVOLA 5.ª

	Alterazioni	Alterazioni per cento secondo le malattie									
		Epilessia	Mania acuta	Mania cronica	Monomania	Alcoolismo	Pellagra	Demenza	Paralisi gen. progressiva	Melanconia	Idiozia
Dura madre	ematoma . .	—	3,7	10,9	4	12,5	14,7	20	18,5	17,4	—
	aderente al cranio . . .	29	40,7	2,9	4	25	29,4	20	40	11,6	22
	inspessita .	16	7,4	20	24	50	20	20	9	—	—
	iperemica .	4,1	3,7	5,4	—	25	5,8	10	—	5,8	22
	con tumori .	—	—	9	4	—	2,9	—	—	5,8	—
	con pseudo-membrane .	—	7,4	5,4	16	—	8,7	—	14,8	—	—
Aracnoide	raccolt. di siero	29	30,7	14	20	37,5	8,7	—	18,5	5,8	—
	» di pus	—	7,4	—	4	—	—	—	3,7	—	—
Pia madre	iniettata . .	4,1	27	10,9	4	—	2,9	—	—	23,2	—
	con liquidi tra le maglie .	4,1	3,7	1,8	—	—	—	—	—	—	—
	con sangue .	—	—	3,6	—	—	—	—	—	5,8	—
	con tumori .	41	—	—	4	—	—	—	—	—	—
	ader. alla sostanza grigia	29	10,1	12,7	8	—	5,8	—	14,8	5,8	11,1
	gran. di Pacch. ingrassote .	12,5	10,1	12, 7	4	—	5,8	—	3,7	5,8	11,1
Vasi del cervello — ateroma . . .		8,2	7,4	10,9	8	25	—	20	3,7	5,8	11,1
Sostanza grigia	appiattim. delle circonvoluz.	8,2	10,1	14	28	—	11,6	—	22	—	22,2
	scolorita . .	8,2	3,7	5,4	4	—	2,9	10	7,4	—	—
	iperemica .	4,1	7,4	3,6	8	25	2,9	—	7,4	—	—
	rammollita .	—	7,4	3,6	—	—	—	—	3,7	—	—
	infiammazione acuta. . .	—	—	—	—	12,5	—	—	—	—	—
	atrofia parziale	25	7,4	3,6	4	50	—	—	7,4	—	22,2

	Alterazioni	Alterazioni per cento secondo le malattie									
		Epilessia	Mania acuta	Mania cronica	Monomania	Alcoolismo	Pellagra	Demenza	Paralisi gen. progressiva	Melanconia	Idiozia
Sostanza bianca	indurita . .	16	—	—	8	12,5	—	10	18,5	—	22,2
	edematosa .	4,1	7,4	3,6	8	—	2,9	—	—	5,8	11,1
	iperemica .	—	20,2	3,6	8	37,5	—	—	—	—	11,1
	rammollita .	8,2	10,1	7	—	12,5	5,8	—	11,1	—	11,1
	con stravaso	—	—	—	8	—	5,8	—	—	5,8	11,1
	raggrinzata .	—	—	—	—	—	2,9	—	—	—	—
	con cisti . .	12,5	—	1,8	—	—	—	—	—	—	—
Talami e corpi str.	stravaso . .	—	—	—	—	—	—	—	7,4	11,6	11,1
	atrofia . .	—	—	1,8	4	—	—	—	—	—	—
	rammollimento	16	—	3,6	4	37,5	8,7	20	—	11,6	11,1
	con cisti . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11,1
	con tumori .	—	—	3,6	—	—	—	—	—	—	—
Cervelletto	adesione della pia . . .	4,1	—	3,6	—	—	—	—	7,4	—	—
	stravaso nella pia . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	rammollimento	—	3,7	1,8	4	—	8,7	—	—	11,6	—
	con. cisti . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	atrofia parziale	2	—	—	—	2,25	—	—	—	—	—
Ventricoli	eccessiva sierosità . .	16	34	10,9	12	62	8,7	10	25,9	23,2	11,1
	granulaz. sull'ependima	—	—	—	—	—	2,9	—	18,5	—	—
	opacità sull'ependima. .	8,2	—	3,6	8	12,5	2,9	10	3,7	—	1
Plessi coroidei con cisti		8,2	7,4	9	8	12,5	11,6	—	11,1	5,8	11,1
Cervelli in apparenza normali . .		8,2	—	14	8	—	11,6	40	3,7	29	11,1

E disponendo le alterazioni nell'ordine della loro frequenza, si ha:

TAVOLA 5.ª

N.°	Alterazioni	Per cento
1	Aderenza della dura madre	25
2	Inspessimento della dura madre	20
3	Eccessiva quantità di siero nei ventricoli . .	18
4	Raccolta di siero nell'aracnoide	17
5	Aderenza della pia madre alla sostanza grigia .	11,4
6	Appiattimento ed atrofia delle circonvoluzioni .	11
7	Cisti nei plessi coroidei	8,7
8	Sviluppo notevole delle granulazioni di Pacchioni	8,4
9	Ateroma dei vasi cerebrali	8,0
10	Atrofia parziale della sostanza grigia . . .	7,6
11	Sostanza cerberale indurita	7,6
12	Rammollimento dei talami e corpi striati . .	7,6
13	Pseudo-membrane alla dura madre . . .	7,6
14	Ematoma della dura madre	6,8
15	Rammollimento della sostanza bianca . . .	6,3
16	Iperemia della dura madre	5,5
17	Scolorimento della sostanza grigia . . .	4,7
18	Opacità dell'ependima	4,7
19	Edema della sostanza bianca	4,7
20	Iperemia della sostanza bianca	4,7
21	Rammollimento del cervelletto	4,2
22	Iperemia della sostanza grigia cerebrale . .	4,2
23	Tumori alla dura madre	3,8
24	Stravaso nella sostanza bianca	3,4
25	Rammollimento della sostanza grigia . . .	2,9
26	Granulazioni sull'ependima	2,4
27	Stravaso al talamo ottico e corpo striato . .	2,1
28	Adesione della pia magre al cervelletto . .	1,7
29	Pus nell'aracnoide	1,7
30	Cisti della sostanza bianca	1,7
31	Atrofia parziale del cervelletto	1,7
32	Sierosità tra la pia madre cerebrale . . .	1,2
33	Sangue » » . . .	1,2
34	Stravaso nella pia madre del cervelletto . .	0,4
35	Raggrinzamento della sostanza bianca . . .	0,4
36	Infiammazione acuta » . . .	0,4
37	Tumori alla pia madre cerebrale	0,2
38	Atrofia de talami ottici	0,2
39	Cisti ai talami	0,2

Dalla tavola 4.ª ricavasi che su 235, 29 cervelli non offrirono alterazione rilevabile. Qui però è necessario dare a questo reperto negativo un valore tutto convenzionale in quanto che il carattere negativo è subordinato non già alle condizioni del cervello, ma ai nostri mezzi di indagine. Ma pur detraendo questi 29 casi d' incolumità relativa abbiamo che su cento cervelli d'alienati, 88 presentano delle anomalie. — Ciò poco si allontana dai dati di Balfour (1) il quale dell'esame di 700 autopsie avrebbe rilevato 60 cervelli illesi, donde il 92 per cento di cervelli alterati, — da quelli di Pinel secondo cui vi sarebbero su cento cervelli d' alienati 74 alterati, da quelli di Esquirol secondo cui se ne avrebbero 73, di Chiarugi (95), di Parchappe (95), di Webster (100), dell'Asilo di Vienna (90). — Che se teniamo conto del numero delle alterazioni da noi riscontrate (561) e del numero dei cervelli in cui esse avevan sede (206) si può dedurre che ogni cervello in media offre 2,5 alterazioni; così caviamo dalle cifre di Balfour (2) che ogni cervello riconosciuto anormale presentava circa tre alterazioni. Non potrebbesi desiderare maggior accordo.

Quanto alla frequenza dell' incolumità del cervello nelle varie malattie mentali, ritrovammo un certo grado di assenza di lesioni nella demenza (40 per cento). Questo contraddirebbe all' opinione di Griesinger, secondo cui il maggior numero di cervelli nei quali non si posson dimostrare lesioni sarebbe dato dei casi recenti di melanconia e mania. Però lo scarso numero di casi di demenza, dei quali fu registrata l'autopsia non ci autorizza ad accettare come media ordinaria questa cifra. — La minor immunità ci venne offerta dalla paralisi progressiva (3,7 per cento). Nella mania acuta e nell' alcoolismo non vi fu neppur un caso di apparente incolumità.

Ora cerchiamo dalle cifre ottenute e dai dati dell'anatomia patologica di costruire la diagnosi anatomica delle varie alienazioni mentali.

(1) Op. cit.
(2) Op. cit.

Mania acuta.

La dura madre non trovasi troppo frequente inspessita (7,4 per cento. Balfour 14 per cento), mentre è assai più spesso (40 per cento) aderente alla vôlta cranica. È raro l'ematoma della dura madre (3,7 per cento), l'iperemia di essa, mentre è assai frequente l'iniezione della pia madre (27 per cento. — Balfour 37 per cento), l'aderenza di questa alla sostanza grigia, l'edema, l'iperemia (20,2 per cento), il rammollimento della sostanza bianca, l'idrope dei ventricoli (34 per cento. — Balfour 50). Rare le cisti nei plessi coroidei (7,4 per cento. — Balfour 17).

I dati nostri dunque collimano con quelli forniti dagli autori come condizione materiale della mania acuta. Una iperemia generale prevale; l'idrope dei ventricoli, l'edema della sostanza bianca posson trovare la loro spiegazione — più che in uno stadio atrofico del cervello — in una esuberante irrorazione sanguigna. Questa forma d'alienazione mentale è quella che più d'ogni altra è caratterizzata da una forte iniezione alla pia madre, da cui l'intensa colorazione della sostanza grigia, l'aderenza di questa a quella. Vediamo pure come sia scarsa, rispetto alle alterazioni mentali a decorso lento, la parziale atrofia della sostanza grigia, l'appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali (10 per cento. — Balfour 4).

E a complemento di questo schizzo sintetico offriamo per sunto le autopsie più interessanti attinenti alla mania acuta:

Maggi, maniaco, 20 anni.

Pia madre opacata al vertice. — Spazi sotto-aracnoidei vuoti, sostanza cerebrale molle, umida, punteggiata in rosso: ben spiccata ed iperemica la sostanza grigia: ripieni di siero torbido i ventricoli laterali, aderente la tela coroidea ai talami ottici, nervi ottici di color grigio, atrofici; cervelletto leggermente iperemico, sostanza di esso leggermente rammollita.

Barbieri Luigia, mania acuta, 52 anni.

Circonvoluzioni piccole: siero torbido nei ventricoli; il corpo striato sinistro invece di avere le strie verticali, ha una zona biancastra orizzontale. Arterie cerebrali con principio di degenerazione ateromatosa. Molto più sviluppato il lobo frontale destro.

Denari Santino, mania acuta, 24 anni.

Dura madre, aderente alla vôlta, iperemica; iperemica pure la pia meninge: siero negli spazi sotto-aracnoidei, sostanza cerebrale ricca di punteggiature vascolari, poche gocce di siero nei ventricoli laterali: alcune cisti nei plessi coroidei.

Raffa, mania acuta, anni 42.

Aderenza della dura madre colla vôlta: rammollimento di tutto il cervelletto: atrofia delle tonsille.

Foglia Teresa, mania acuta, 49 anni.

Cervello iperemico, compatto: atrofici i talami ottici.

Pregali Maddalena, anni 40.

Rammollimento rosso esteso a tutto il lobo, medio e posteriore sinistro del cervelletto. — Viva iniezione alle meningi cerebellari e cerebrali: siero torbido nei ventricoli.

De Angelis Rosina, mania acuta, anni 37.

Inspessimento della dura madre: atrofia della sostanza corticale, iperemia notevole alla sostanza midollare.

Chiesa Giuseppe, mania acuta.

Pia madre aderente alle circonvoluzioni cerebrali: opacata; sostanza corticale rossastra, consistente: rammollimento bianco della vôlta a tre pilastri.

Orgiazzi Giacomo, mania acuta.

Dura madre inspessita, ingorgata di sangue: sotto la pia madre si riscontra una raccolta di pus bianco (due cucchiai, circa 30 grammi): la sostanza cerebrale sottostante è molto arrossata con punteggiature vascolari; tela coroideā destra e il pavimento del 4.° ventricolo di color ardesiaco ripieni di sangue nerastro: seni della base turgide di sangue.

Brandolini Giuseppe, mania acuta.

Dura madre sottilissima: pseudo-membrana con piccole emorragie alla superficie inferiore: spazi sotto aracnoidei pieni di siero. Pie meningi leggermente imbevute di siero: sostanza cerebrale molle, lucida, rammollita la vôlta a tre pilastri.

Grignani Alessandro, mania acuta.

Meningi normali. Cervello di forte consistenza: iniettato fortemente: al taglio molte punteggiature vascolari. Circa 20 gr.

di siero citrino nei ventricoli, iperemia della sostanza centrale del cervelletto.

Milanesi, anni 25, mania acuta.

Al cervelletto raccolta di sangue tra la callotta ossea e la dura madre: pachimeningite recente in corrispondenza della gran falce. — Edema della pia madre.

Massa cerebrale abbastanza consistente ed iniettata. — Circonvoluzioni cerebrali assai larghe ed appiattite.

Biffi, anni 30, mania suicida.

Dura madre aderente assai tenacemente alla vôlta ed inspessita. Vene della dura madre turgide: spazi sotto aracnoidei ripieni di siero rossigno. Pia meninge alla vôlta notevolmente inspessita, opaca, infiltrata di siero. Sostanza cerebrale rammollita. Ventricoli laterali assai dilatati e pieni di siero giallognolo e torbido: iperemia notevole al cervelletto ed ai talami ottici.

Rossi Caterina, mania acuta.

Dura madre in corrispondenza della vôlta aderente. Pia madre pallida; siero sotto-aracnoideo abbondante: consistenza della sostanza cerebrale midollare e corticale aumentata: punteggiature vascolari al taglio; normali le altre parti.

Marabelli Angela, mania acuta.

Forti aderenze della dura madre, sì alla vôlta che alla base: coagulo sanguigno in parte rosso, in parte giallastro, sottile, aderente a guisa di pseudo-membrana alla superficie interna della dura madre; spazi sotto-aracnoidei ampi, pieni di siero limpido. Sostanza cerebrale edematosa: ghiandola pineale atrofica.

Ricotti Stefano, mania acutissima.

Meningite suppurata in corrispondenza del sincipite: siero nei ventricoli torbido e copioso: iperemia ai corpi striati e talami ottici: opacamento dell'ependima dei ventricoli: sostanza corticale del cervelletto iniettata: tonsille disuguali.

Casali Cristina, mania senile, 65 anni.

Dura madre inspessita, aderente: al sincipite si innesta su d'essa ed alla sua superficie superiore un tumore fibroso: sostanza corticale più consistente del normale: rammollimento della vôlta a tre pilastri: talamo ottico di sinistra più piccolo e molle del destro: alla fossa di Silvio in prossimità al midollo

oblungato ed in corrispondenza del 4.° ventricolo si nota un essudato biancastro con alcune granulazioni, riconosciute al microscopio di natura tubercolare.

Mania cronica.

Le cifre da me recate offrono condizioni materiali opposte a quelle della mania acuta, e corrispondono a quanto venne dagli Autori ammesso, per fondamento anatomico della mania cronica. Qui non si tratta più d'un disturbo psichico acuto che anatomicamente manifestasi con una iperemia del sistema nervoso centrale, ma trattasi invece di una malattia mentale a decorso assai lento, prodotta quindi dal graduale deperire dei tessuti. Forse il primo momento di simile alterazione mentale può esser stato un fatto acuto; ma questo non avendo avuto per esito la morte, agisce fisicamente pelle sue conseguenze, cui addattandosi lentamente il cervello, si ha per risultato un permanente disturbo funzionale.

Ciò può principalmente applicarsi a certe alterazioni comuni nella mania cronica, quali l'ematoma della dura madre, il lento svilupparsi di tumori intracranici, la graduale atrofia delle circonvoluzioni cerebrali, l'idrope passivo nelle cavità ventricolari.

Vediamo anzitutto come nella mania cronica sia frequente l'ematoma della dura madre (10,9 per cento) e come per questo carattere la mania cronica s'accosti alla demenza (20 per cento), alla paralisi generale progressiva (18 per cento). — L'ematoma della dura madre fu difatti riscontrato sempre frequente nella forma cronica della pazzia; ed al graduale suo agire sui lobi cerebrali, al relativo impedimento circolatorio da esso indotto puossi attribuire il lento deperimento della intelligenza. — Che se si pensa al modo con cui si formano siffatte emorragie dimostrato la prima volta da Virchow (1) e quindi da Kremianscky (2) ed ora generalmente accettato,

(1) Würzb. Verh. Ak. Bd. 7, pag. 134.
(2) Virchow's Arch. N. 43, 1868.

possiamo all'ematoma della dura madre riunire la formazione delle pseudo-membrane nella dura madre stessa, non essendo il primo fatto che una conseguenza di queste: in tal guisa noi avremmo nella mania cronica circa il 15 per cento di queste alterazioni, e 33 su 235 casi osservati.

Conseguenza dell'iperemie continuate, in parte determinate da una normale intensità dell' attività cardiaca, puossi ritenere l'inspessimento della dura madre abbastanza frequente in questa malattia (20 per cento) e l'aderenza di essa alla vôlta (29 per cento). — Vedesi pure dalle nostre tavole come la pia madre sia molto meno frequentemente iperemica (10,9 per cento) che nella mania acuta e come esistano taluni casi di raccolte di sangue nelle maglie della pia madre, determinate per queste dallo stesso processo che causò l' inspessimento e l'opacità della pia madre.

Così l' ateroma delle arterie cerebrali ha maggior parte nella mania cronica (10,9 per cento) che nell' acuta, e v' ha pure rispetto alla mania acuta una maggior frequenza di atrofia delle circonvoluzioni cerebrali.

Presentasi assai rara l'iperemia della sostanza grigia, mentre con una certa frequenza notasi il rammollimento della sostanza grigia e della sostanza bianca, — fatto ascrivibile, come accenna Förster, ad una diminuzione di afflusso sanguigno, per cui la sostanza nervosa si fa molle, e riesce formata da fibre nervose disgregate con granulazioni di mielina e di grasso, ed i vasi si fanno vuoti e pieni di granulazioni grassose.

Questo è provato da alcune analisi microscopiche che uniamo al presente riassunto, mentre il rammollimento che riscontrasi nella mania acuta ha più il carattere d'infiltrazione sierosa o di edema acuto.

Questo processo di rammollimento nella mania cronica si estende talvolta al talamo ed al corpo striato (3,6 per cento) ed in piccola proporzione al cervelletto.

L'idrope dei ventricoli cerebrali non si presenta molte volte (10,9); ma le notizie delle autopsie ci parlano d'una intensa quantità di siero limpido nella mania cronica, mentre se nella mania acuta vi ha maggior frequenza di tale altera-

zione, notasi però una relativa minor quantità per ogni caso osservato, ed un opacamento della sierosità intraventricolare: fatto questo di non lieve importanza, in quanto che verrebbe a dimostrare attivo nella mania acuta un processo infiammatorio dell'ependima e della sostanza cerebrale, mentre nella mania cronica la sierosità rappresenterebbe un trasudato semplice, forse attribuibile ad un processo di atrofia.

È pur degno di rimarco nella mania cronica l'inspessimento, e l'opacità dell'ependima cerebrale, fatto derivante, come l'inspessimento della dura madre, da un afflusso insistente e troppo copioso di sangue in un tempo abbastanza remoto, da cui un eccesso di nutrizione in questa membrana, l'iperplasia degli elementi e la conseguente opacità. Anche Griesinger dà per lesione quasi caratteristica della mania cronica l'opacità dell'ependima; Balfour l'ha riscontrato 14 volte su cento.

E sono abbastanza frequenti (9 per cento) nella mania cronica le cisti dei plessi coroidei (Balfour 6 per cento).

Ma v'ha nella mania cronica, secondo le mie cifre, una lesione intracranica non priva di importanza, ma tanto rara (9 per cento) e che singolarmente si segnala — cioè la presenza di tumori aderenti alla dura madre.

La osservazione microscopica li mette nella famiglia dei fibromi: l'origine loro e quella degli inspessimenti parziali a placche della dura madre può trovarsi nelle lente iperemie di questa. — Nessun dubbio che questi tumori, queste piccole placche, già effetto d'una condizione morbosa, cresciuti in certo volume abbian potuto sia per disturbi circolatori, sia per fenomeni di compressione aggravare il decorso e la natura della alterazione mentale.

Reperti importanti appartenenti alla mania cronica.

Boni Giuseppe, anni 37, mania cronica.

Seno longitudinale pieno di sangue fluido. Dura madre notevolmente inspessita, aderente fortemente alla vôlta ed alla base. Al di sotto di essa si nota un sottile strato di sangue coagulato formante una membranella che ricopre tutta la parte superiore convessa degli emisferi cerebrali. — Vene della pia madre tur-

gide. Sostanza cerebrale grigia leggermente pallida, midollare normale. Idrope dei ventricoli — sierosità limpida grammi 50.

Ravetta, anni 30, mania cronica.

Aderenza della dura madre alla vôlta: lobi anteriori del cervello rammolliti, spappolati, di color rosso-mattone; perduta la forma delle circonvoluzioni; nella parte superiore anteriore degli emisferi si vede una linea brunastra cui corrisponde la sostanza cerebrale rammollita: il cranio in questo punto offre una frattura.

Orsini Angelo, anni 60, mania cronica.

Dura madre aderente specialmente al frontale: in corrispondenza delle circonvoluzioni frontali a sinistra e aderente alla dura madre nella sua superficie interna notasi un corpo della grandezza d'una nocciuola che si infossa in mezzo alle circonvoluzioni cerebrali, al dintorno di esso la sostanza cerebrale è rammollita, atrofica. — L'esame microscopico del tumore lo dimostra di natura fibrosa: nell'interno degli elementi che lo costituiscono trovansi dei depositi calcarei, onde si giudica trattarsi d'uno psammoma della dura madre. — Sierosità abbondante limpida nei ventricoli; cisti nella tela coroidea.

Colombani Maria, 47 anni, mania cronica.

L'osso frontale a sinistra trovasi logorato: in corrispondenza di quest'usura trovasi sulla superficie esterna della dura madre un tumore molle grosso come una fava; esaminato al microscopio trovasi formato da un tessuto connettivo molle, lasso. — La dura madre è notevolmente inspessita ed aderisce alla vôlta, specialmente al sincipite. — La pia madre aderisce alla sostanza cerebrale: la sostanza grigia mostrasi atrofica, poco marcata: leggiero appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali. La vôlta a tre pilastri è rammollita; normali il corpo striato ed il talamo ottico. — Cervelletto con pia madre aderente specialmente alle amigdale; in questo punto la pia madre è pure inspessita ed opacata.

Orsi Giuseppe, mania cronica, 48 anni.

Dura madre aderente alla vôlta, leggermente inspessita, d'aspetto madreperlaceo. Raccolta di siero nel sacco aracnoideo. La pia madre si stacca facilmente dalla sostanza cerebrale ed è piuttosto assottigliata. Presenta qua e là specialmente in corrispondenza dei lobi frontali e paralellamente alla gran falce varie

macchiette d' aspetto madreperlaceo della dimensione di 1|2 a 2 m.m., derivante da parziali inspessimenti della pia madre. — Le altre parti del cervello non offrono alcuna particolarità rimarchevole.

Gambini Rosa, anni 64, mania cronica.

Dura madre inspessita, opalescente, aderente alla vôlta ed alla base: grande sviluppo delle granulazioni di Pacchioni. Raccolta di siero negli spazi sotto-aracnoidei. Pia madre in taluni punti opacata. Ventricoli laterali dilatati e pieni di siero trasparente. Il corpo striato destro verso il suo margine anteriore aderisce per circa un millimetro alla parete del ventricolo. — Cervelletto normale.

Chiapponi Carolina, d'anni 62.

Dura madre assai iniettata ed in alcuni punti opacata. Pia madre facilmente svolgibile, ma pur essa leggermente opacata. Circonvoluzioni appiattite, rimpicciolite, larghi i solchi. — Sostanza grigia, anemica, assottigliata, sostanza bianca rammollita; nel corpo striato destro esiste un tumoretto della grossezza d'un grano di riso.

Rizzi Francesco, mania cronica, anni 32.

Dura madre in corrispondenza dei parietali, inspessita notevolmente con essudato giallastro a strati sottili sottostante: questo essudato è circondato da grumi sanguigni. La pia madre in corrispondenza della porzione mediana del lobo sinistro presenta un notevole inspessimento largo circa 2 1|2 centimetri: al di sotto di questo punto trovasi una piccola raccolta di sangue, in parte raggrumato: al dintorno le circonvoluzioni cerebrali si presentano rammollite e giallicce. La sostanza bianca è giallognola e piuttosto molle. — Normali il campo striato ed il talamo ottico. Sierosità abbondante nei ventricoli e specialmente nel laterale destro.

Cervelletto. Offre atrofia delle tonsille, inspessimento della dura madre, e tutta la sua sostanza rammollita.

Bertacchi Maria, d'anni 60, mania cronica.

Aderenza della dura madre — nelle circonvoluzioni cerebrali a sinistra si notano tre cisti sotto-aracnoidee della grossezza d'un pisello. Edema della sostanza cerebrale. — Normali i corpi striati e i talami ottici. Anche nel 4.° ventricolo si trovano alcune cisti della grossezza d'un grano di miglio; e nelle pareti di

questo si scorgono parecchi vasi molto più turgidi del normale. Ateroma della arteria basilare e delle cerebrali inferiori.

Galante Giuseppe, 29 anni, mania cronica erotica. Aveva una zia materna maniaca; cominciò a dar segno di alienazione col minacciar di appicar fuoco; indi fu preso da mania erotica, in questa morì.

Dura madre assai aderente alla vôlta; notevole quantità di siero agli spazi sotto-aracnooidei, opacamento della aracnoide, congestione venosa della pia meninge, glandola pineale atrofica e con molte concrezioni calcari, sostanza cerebrale più consistente del normale, pallida: alla parete superiore del corno anteriore del ventricolo laterale sinistro aderisce all'ependimo un piccolo tumore della grossezza d'un pisello a superficie granulosa di color ialino, duro, di forma semisferica. Il microscopio lo trova contesto di fibre di tessuto connettivo compatto con pochi vasi. Il corpo striato destro nella sua estremità anteriore offre una aderenza colla parete del ventricolo corrispondente; i ventricoli laterali sono assai dilatati e contengono circa 8 grammi di siero limpido.

La tela coroidea è formata di molte cisti ed alcune concrezioni calcari.

All'esame microscopico si trova sclerosi del cervello.

Cervelletto normale: solo si nota una leggiera iperemia della pia madre, con qualche parziale opacamento di essa.

Leardi Regina, mania erotica cronica, d'anni 47. Dura madre aderente in corrispondenza delle suture della vôlta. — Pia madre pallida, opacata: abbondante siero sotto-aracnoideo, sostanza cerebrale, pallidissima, anemica.

Sezionando in vario senso le circonvoluzioni cerebrali, si scorgano qua e là sparsi dei punti rossicci in corrispondenza dei vasi sanguigni. La consistenza del parenchima cerebrale è alquanto maggiore del normale. — Talami ottici e corpi striati normali: ependima ventricolare opacato.

Sierosità trasparente nei ventricoli. — Cervelletto: sostanza grigia anemica: sostanza bianca più consistente del normale. Atrofia delle tonsille.

All'esame microscopico si rileva incipiente sclerosi cerebrale, spazi perivascolari dilatati e zeppi di globuli linfatici.

Maggi Gaspare, mania cronica, 32 anni.

Dura madre opacata: sottile membranella con emorragie alla

superficie interna specialmente ai lati del seno longitudinale. L'emisfero cerebrale sinistro nella sua parte posteriore presenta una cisti del volume di un'avellana che si infossa nella sostanza grigia comprimendo una circonvoluzione: al dintorno la sostanza cerebrale è molle, gialliccia. — La cisti è di natura fibrosa con scarsa sierosità. — Avvi sierosità nei ventricoli: normali gli oggetti interni del cervello e il cervelletto.

Epilessia.

Anche nell'epilessia è notevole l' inspessimento della dura madre (16 per cento, Balfour 13,2 per cento) e la aderenza di questa alla vôlta cranica (29 per cento, 5,8 Balfour); più rara l' iperemia della dura madre. Non si ebbe caso alcuno di ematoma o di pseudo-membrane fra le meningi: ciò verrebbe a contraddire l' ipotesi di Förster (1) secondo cui l' epilessia acquisita avrebbe sempre per substrato una pseudo-membrana che riunirebbe la dura meninge alle altre. Si ebbero invece numerosi casi di raccolte sierose intraracnoideali (29 per cento), di aderenza della sostanza grigia alla pia madre (29 per cento) di idrope ai ventricoli (16 per cento), di degenerazione cistica dei plessi coroidei (8,2 per cento).

Ma ciò che caratterizza quasi nei miei reperti l'epilessia, è la frequenza relativamente grande di tumori alla pia madre (4,1 per cento) e di cisti nella sostanza midollare (12,5 per cento). Anche Balfour trovava in un epilettico una cisti nel cervelletto. E congeneri nelle loro azioni ai tumori possiamo ritenere lo sviluppo irregolare d'una delle rocche petrose, l'esostosi sulla faccia superiore della rocca stessa. — Ciò è in armonia con quanto generalmente si ammette circa la genesi della epilessia (Schmidt, Hasse).

È pur degna di nota nell'epilessia l'irregolare volume d'uno dei talami ottici e corpi striati, non che la relativa grande frequenza in essi del rammollimento bianco e del rammollimento giallo (16 per cento). — Circostanza che spicca di fronte alla relativa scarsezza di rammollimento della sostanza

(1) Handb. der path. Anatom. 1. Bd.

midollare del cervello (8,2), alla frequenza del suo indurimento (16 per cento) e a nessun caso di rammollimento della sostanza grigia e del cervelletto. L'irregolarità notata in taluni organi cerebrali, si manifesta anche nel cervelletto, nel quale si riscontrarono alcuni casi di ipertrofia d'una delle amigdale congiunta all'atrofia dell'altra. — L'ateroma dei vasi cerebrali è discretamente frequente (8,2 per cento — Balfour 5,8); lo stesso dicasi dell'appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali da me riscontrate 10,1 volte su cento e da Balfour 13,2.

Riassumendo questi cenni, l'alterazione più notevole nell'epilessia ci sembra la frequenza di esostosi, di sviluppo anomalo delle rocche petrose, di tumori intra-cranici, di deperimento o di anomalie in talune parti del cervello (talami ottici, corpi striati, amigdale del cervelletto).

Reperti notevoli trascelti.

Torti Luigi, epilettico, 29 anni.

Aderenza poco manifesta della dura madre: leggiero opacamento della pia madre lungo il decorso dei vasi: poche circonvoluzioni cerebrali, ma regolari. Consistenza notevole della sostanza midollare del cervello: alla metà del lobo cerebrale destro e un pò posteriormente la sostanza cerebrale grigia mostrasi di un color bigio rosso, e presenta alcuni punti in cui vi ha detritus con granulazioni giallastre e rosse. È evidentemente un antico focolaio emorragico in parte riassorbito: le granulazioni son da pigmento, la sostanza cerebrale circostante è ridotta ad una poltiglia.

Cervelletto con leggiero opacamento della dura madre che aderisce alla sostanza grigia. — Ateroma dei vasi della base del cervello.

Buongiorno Antonio, anni 37, mania epilettica.

Zio materno con vertigine epilettica, padre alcoolista, diventa epilettico a 34 anni e soggetto talora a mania di persecuzione.

Dura madre assai ingrossata: edema alla pia: anemica la sostanza cerebrale,

Nel lobo sinistro del cervello, ed alla sua parte posteriore, immediatamente al di sotto della sostanza grigia trovasi una ci-

ste lunga 22 m.m. e larga 16: ha colorazione giallastra, sottile membranella fibrosa con scarso liquido raccolto: la sostanza cerebrale circostante è rammollita e scolorata. — Ventricoli laterali con scarso liquido, giallo-citrino (3 grammi). — Talamo ottico destro più piccolo del sinistro: corpi striati normali. — Ependima dei ventricoli rugoso, opacato. — Cervelletto apparentemente naturale.

Aguzzi Celeste. epilettico, 32 anni.

Dura madre opalescente, non aderente: tra la aracnoidea, e la pia madre, che è più del normale iniettata, trovansi numerose cisti della grossezza d'un fagiuolo. Otto corrispondono alla convessità dell'emisfero sinistro: quattro sono lungo il decorso dell'arteria meningea media. Alcune altre sono alla base del cervello al di sopra delle basi dell'orbita. — Esaminate si mostrano formate d'una sottile capsula fibrosa con liquido citrino, nel cui mezzo il microscopio discopre i *cisticerchi*.

La sostanza cerebrale, specialmente la bianca, presentasi notevolmente indurita: ventricoli, corpi striati, talami ottici normali.

Cervelletto nulla offre di rimarchevole.

Vercesi Pietro, anni 38, mania epilettica.

Dura madre inspessita ed aderente: sierosità nel sacco dell'aracnoide: ventricoli cerebrali con sierosità abbondante (15 grammi): rammolliti i talami ottici e i corpi striati.

Atrofia degli emisferi del cervelletto.

Menotti G. B., mania da epilessia, 31 anni.

Corpi striati in preda a degenerazione adiposa.

Sostanza corticale e midollare normale.

Bergamaschi, epilettico, 35 anni.

Dura madre, d'aspetto normale: sierosità tra le ossa e l'aracnoide. — Nella metà anteriore dell'emisfero sinistro si scorgono due avvallamenti elittici sì grandi da contenere una nocciuola, riempiti da essudato gelatinoso, tappezzati da un sottile strato di tessuto cellulare. La pia madre circostante è opacata; rammollita la sostanza cerebrale.

Corpi striati rammolliti, di color gialliccio; normali i talami ottici. — Sierosità discreta nei ventricoli.

Atrofia d'una delle amigdale del cervelletto.

Cervelletto con pia madre opacata: sostanza di esso fortemente iperemica.

Sèrbo Carlo, 23 anni, mania epilettica con cretinesimo.

Ebbe il padre apoplettico e gozzuto.

Dura madre inspessita, specialmente in corrispondenza del parietale sinistro; vene della dura madre turgide, seno longitudinale pieno di sangue fluido. — Pia madre iperemica, e in alcuni punti aderente alla sostanza cerebrale: sostanza corticale assottigliata, poco distinta dalla midollare: il corpo striato destro aderisce in tutta la sua estensione all'ependima sovrapposto. Tela coroidea con molte cisti. — Nessuna rimarcabile alterazione al cervelletto.

Traversi Luigia, 31 anni, epilessia.

Aderenza della dura madre assai tenaci alla vôlta: ingorghi di sangue venoso nei seni e nelle vene della dura madre: esostosi sulla faccia posteriore della rocca petrosa. — Indurimento notevole della sostanza del cervello e del cervelletto.

Massaroni Giulio, anni 16, mania epilettica.

Nell'emisfero cerebrale destro ed in corrispondenza della scissura di Silvio notasi una cavità capace di una noce; essa contiene gocce adipose e pus. — Nelle altre parti nulla di rimarchevole.

Fraconti Maria, anni 39, mania epilettica.

Aderenza della dura madre, che è inspessita notevolmente: sierosità negli spazi sotto-aracnoidei, iperemia della dura madre. Sostanza cerebrale consistente ed al taglio punteggiata in rosso. Talamo ottico sinistro più grosso del destro. Tela coroidea iniettata; grande piede d'Ippocampo doppio del naturale in tutti i due lati. — Rocca petrosa sinistra notevolmente più sviluppata e sporgente in alto della destra.

Albergati, epilettico, 20 anni.

Anemia delle meningi cerebrali — seni ricchi di sangue, sostanza grigia scolorita, assottigliata; sostanza bianca apparentemente normale: normali gli oggetti interni, meno la tela coroidea che offre gran quantità di cisti. — Le circonvoluzioni cerebrali del lobo destro son più piccole e più numerose di quelle del lobo sinistro. — Cervelletto anemico: tonsille di volume diminuito.

Monomania.

I risultati delle autopsie dei monomaniaci non porgono materiali sufficienti per assegnare a questa alienazione mentale lesioni cerebrali caratteristiche. Trovasi che in questa malattia son comuni tutte le alterazioni cerebrali delle altre, senza che ve n' abbia alcuna di tanta importanza da richiamare l' attenzione, se si eccettui la frequenza abbastanza notevole delle pseudo-membrane al di sotto della dura madre (16 per cento), l' appiattimento e l' atrofia delle circonvoluzioni cerebrali (28 per cento) ed una certa quantità (8 su cento) di stravasi sanguigni nella sostanza bianca. Frequenti volte (24 per cento) la dura madre è inspessita: più rara (4 su cento) l' aderenza di questa alla vôlta cranica e quasi nella stessa proporzione l' aderenza della pia madre alla sostanza grigia. Questa tende più ad esser anemica che iperemica e talora presentasi parzialmente atrofizzata (4 per cento). Così la sostanza bianca cerebrale s' è mostrata nello stesso rapporto (8 per cento) edematosa, indurita o rammollita.

Ci sembra degno di nota qualche caso di stravaso sanguigno antico fra le maglie della pia madre del cervelletto, l'opacità, quindi l'infiammazione cronica dell'ependima dei ventricoli cerebrali (8 per cento) nei quali si raccoglie una discreta quantità di siero liquido. — L' ateroma delle arterie cerebrali, le cisti dei plessi coroidei sono nella monomania nella stessa proporzione che nell'epilessia (8 per cento).

Fra queste autopsie notiamo un caso di apoplessia cerebrale assai diffusa, un caso di rammollimento del corpo calloso, e un altro di osteoma intracranico.

Autopsie degne di rimarco.

Castagnola Gaspare, 24 anni, monomania.

È figlio di padre assai bizzarro; ha il nonno materno pazzo, pazza la madre; masturbatore incorreggibile, prima manifestò segni di mania instintiva cercando di ferire, di uccidere gli altri. Poscia fu preso da monomania religiosa e con questa morì.

Dura madre poco aderente, leggiermente inspessita: iniezione viva vinosa della pia meninge: sviluppo notevole delle granulazioni di Pacchioni. — Profonde le scissure per le circonvoluzioni: talune di queste sono atrofiche: ampi gli spazi sotto-aracnoidei e pieni di siero torbido: sostanza grigia sbiadita: pia madre leggermente opacata svolgibile. Edema della sostanza midollare. Ventricoli dilatati con 5,6 grammi di siero rossigno.

Castaldi Maria, 55 anni, monomania ambiziosa.

La sua malattia mentale cominciò quando aveva 33 anni e fu causata dalla morte del marito. Pare non abbia avuto pazzi in famiglia. Esordì con forme di mania ambiziosa, parlando sempre di milioni, di grandezze; dopo tre mesi rinsanisce; ma ben presto ricade nella sua prima malattia cui si associa la monomania religiosa: negli ultimi momenti prevaleva la monomania ambiziosa, ma si era fatta bestemmiatrice; serbò sempre memoria ferrea e di rado dormiva, sempre parlava.

Meningi piuttosto inspessite: sotto la dura madre alla superficie convessa degli emisferi si ha uno stravaso sanguigno formante uno strato della grossezza d'un millimetro: circonvoluzioni centrali un pò assottigliate, anemiche: granulazioni di Pacchioni assai ingrossate.

La sostanza grigia è scarsa, scolorita; la sostanza bianca è infiltrata di siero: pure è di consistenza superiore alla normale, oggetti interni e cervelletto apparentemente normali.

Cristiani Angela, 46 anni, monomania ambiziosa.

Era dedita ai liquori: vantavasi figlia di Napoleone, mostrava grande simpatia pei Francesi e sempre attendeva l'imperatore Napoleone che venisse a liberarla. Aveva odio singolare contro le persone che la assistevano e specialmente col Prof. direttore; lavorava di ricamo con rara maestria. Fu côlta da apoplessia.

Dura madre inspessita: siero sotto l'aracnoide: al centro ovale di Vieussens una vasta pozza di sangue recente: il sangue si infiltra lungo il piede di Ippocampo e fino al 4.° ventricolo. Sostanza grigia un pò rammollita, normali le circonvoluzioni. Rammollita la sostanza bianca: talamo ottico ed olfatorio fortemente rammollito: raccolta di sangue nel corno posteriore di sinistra.

Colombi Antonio, 44 anni, monomania di persecuzione.

Dura madre poco inspessita, facilmente staccasi dalla vôlta e dalla base. Seni ripieni di coaguli sanguigni. Pia madre in corrispondenza della parte convessa degli emisferi molto ingrossata

e di color giallognolo. Il coloramento di essa è dato per la massima parte da pus condensato. Vene meningee turgide : spazi sotto-aracnoidei occupati da siero giallognolo. — Parenchima cerebrale rammollito, edematoso : sostanza corticale pallida : punteggiature nella sostanza midollare. L'essudato giallognolo della pia madre si estende anche in corrispondenza della base e della meninge cerebellare. Ventricoli laterali dilatati pieni di siero : ependima lucido. — Talami e corpi striati normali.

Cervelletto, tranne l'essudato notato, all'apparenza normale.

Biaggi Angelo, 39 anni, monomania.

Dura madre ed aracnoidea normali : pia madre aderente specialmente lungo la sagittale alle circonvoluzioni, alla metà di questa linea si vede un tumoretto come un grano di riso. È di indole fibrosa, ricco di vasi sanguigni. Talami ottici e corpi striati assai voluminosi.

Barozzi, 42 anni, monomania di persecuzione.

Atrofia delle circonvoluzioni : sierosità nei ventricoli : rammollimento del corpo calloso e della parte posteriore inferiore degii emisferi. — Atrofia delle amigdale del cervelletto.

Salvadeo Laura, anni 41, monomania di persecuzione.

Nello spessore della gran falce e in corrispondenza della sua metà si notano due tumoretti, l'anteriore del diametro di tre centimetri, di forma irregolarmente triangolare, Il posteriore è pur di egual forma ma di minor volume (1 centimetro): questi tumori sono di natura fibrosa. Le circonvoluzioni cerebrali sono atrofiche, giallognole, molli ; alla parte interna della callotta ossea in corrispondenza della cresta dell' osso frontale havvi un piccolo tumoretto della grossezza d'un grano di canape, apparentemente da frattura ossea.

Cervelletto ed oggetti interni del cervello senza rimarchevoli alterazioni.

Scotti Luigi, 48 anni, monomania di persecuzione.

La dura madre facilmente distaccasi dalla vôlta, a stento dalla base. Seno longitudinale superiore pieno di sangue nero, coagulato. La dura madre presenta qua e là dei punti di inspessimento: spazi sotto-aracnoideali abbastanza ampi pieni di siero traspa- Circonvoluzioni cerebrali piuttosto sottile. Corteccia cerebrale molto pallida e sottile; sostanza midollare lucida con punteggia-

ture vascolari. — Pia madre facilmente svolgibile. — Ventricoli laterali leggiermente dilatati con 4 grammi di siero rossigno.

Ependima inspessito, qua e là rossiccio. I corpi striati presentano alla loro parte anteriore una piccola aderenza colla parte superiore del ventricolo. — All'apice della ghiandola pineale notasi una piccola cisti.

Consistenza della sostanza cerebrale un pò maggiore del normale.

Cervelletto con pia madre leggermente opacata, lattescente.

Alcoolismo.

L'alcoolismo nei nostri reperti segnalasi per una prevalenza delle alterazioni cerebrali conseguenti alle iterate iperemie, ed all' azione fisiologica dell' alcool sui tessuti (degenerazione grassa, ateroma).

L'ematoma della dura madre è abbastanza frequente (12,5 per cento); ma non havvi un solo caso di pseudo-membrane alla dura madre. Ciò potrebbe già esprimere che avvenne primitivamente un'emorragia nella dura madre, indipendentemente da ogni processo infiammatorio, in causa della degenerazione grassa dei suoi vasi e relativa maggior pressione sanguigna o che appena la pseudo-membrana si è formata, la poca resistenza dei vasellini neofomati sia pella pressione intravascolare assai grande determinata dall'azione dell' alcool, sia fra la degenerazione grassa delle loro pareti, il sangue si effuse, venne a costituire l'ematoma, non accordando campo ad una più estesa organizzazione dell'essudato infiammatorio. — La dura madre più che in ogni altra malattia cerebrale offresi iperemica (25 per cento): così anche la raccolta di siero nel vano aracnoideale (37,5 per cento). — L' ateroma dei vasi cerebrali è nella massima frequenza (25 per 100) e ciò si accorda coll'ateroma aortico e delle altre arterie solito nei bevitori; diffatti l'ateroma aortico nell'alcoolismo (V. tavola 2.ª) trovasi 50 volte su 100. — E dalla connessione dell'ateroma aortico coll'ateroma dei vasi cerebrali, Balfour vorrebbe dedurre una regola generale cioè, che quando trovasi ateroma nelle arterie cerebrali, esiste pure ateroma nel principio dell'aorta e inspessimento delle valvole cardiache.

Non v'ha caso di atrofia delle circonvoluzioni cerebrali, mentre v' ha un notevole numero di iperemie alla sostanza grigia cerebrale (25 per 100), di rammollimento specialmente giallo (12,5 per 100) e iperemia della sostanza bianca (37,5 per 100), di rammollimento del corpo striato (37 per 100), di sierosità dei ventricoli (12 per 100). E come conseguenza delle iterate iperemie possiamo collocare l' opacamento non raro dell'ependima dei ventricoli laterali (12,5 per 100). Le cisti nei plessi coroidei trovansi nel rapporto di (12,5 su cento). — Nessun cervello di alcoolisti presentavasi esente da alterazione.

Reperti importanti.

Carbelli Vincenzo, 39 anni, alcoolismo.

Dura madre inspessita, opacata, aderente alla vôlta cranica: pia madre in corrispondenza delle circonvoluzioni superiori inspessita, in taluni punti d'aspetto lattiginoso: sostanza corticale assai colorata in grigio-rossigno, sostanza cerebrale compatta, superficie sua di sezione lucida punteggiata. Venticoli laterali ampi contenenti siero: la parte anteriore dei corpi striati aderisce alla parete del ventricolo mediante una leggiera trabeccola di connettivo; tela coroidea assai ricca di sangue con cisti, alcune delle quali della grandezza d'un grano di canape. Talamo ottico sinistro più piccolo del destro. Alla metà del corpo striato destro si nota un avvallamento trasversale: in questo punto il tessuto è più molle, gelatinoso, di color rossigno sino alla profondità d' un centimetro, arrivando circa fino alla metà del corpo striato.

Ependima del 3.° e 4.° ventricolo inspessito, di superficie rugosa, vene ricorrenti sul suo spessore turgide.

Cervelletto in apparenza normale.

Ardemagni, demenza da alcoolismo, 67 anni.

Dura madre tenacemente aderente alla vôlta, molto iperemica, il seno longitudinale contiene qualche coagulo fibrinoso e poco sangue fluido. — La pia madre, massime lungo il decorso dei vasi, è inspessita ed opaca.

Talami ottici molto più piccoli del normale: il destro più piccolo del sinistro offre un focolaio di rammollimento. — Nel lobo destro e posteriormente si nota un focolaio di rammolli-

mento gialliccio della grossezza d'una nocciuola. Tutti i vasi della base del cervello presentano qua e là delle estese incrostazioni calcari: l'arteria ottalmica offre le pareti completamente saldate per deposizione di sali calcari.

Beltrami, 50 anni, alcoolismo.

Dura madre fortemente inspessita, specialmente lungo il solco longitudinale: pia madre quasi gelatinosa ed opacata. Molto dilatati i ventricoli laterali e riempiti di siero limpido. — Cisti nei plessi coroidei. Rammollimento notevole alla vólta a 3 pilastri, al corpo striato ed al talamo ottico. — Ateroma in tutte le arterie cerebrali.

Cervelletto presentasi normale

Pellagra.

I dati delle autopsie dei pellagrosi tratti dai casi della Clinica psichiatrica posteriori alla pubblicazione dell' opera del prof. Lombroso confermano pienamente le osservazioni anatomo-patologiche già fatte dallo stesso professore. Prevale nella pellagra un insieme di alterazioni cerebrali per cui potrebbesi — fatta astrazione dalla causa — ravvicinarla alla mania cronica. Intanto si ha frequente l' inspessimento della dura madre (20 per cento), l'adesione di essa alla vôlta (29 per cento) l' iperemia di essa (5,8), qualche caso di tumore ad essa aderente (2,9 per cento). Vi è abbastanza comune (14 per cento), l' ematoma della dura madre, la pachimeningite (8,7 per 100), la raccolta di siero nel sacco dell'aracnoide, qualche caso di iniezione della pia madre e di aderenza di essa alla sostanza grigia, l' appiattimento con atrofia delle circonvoluzioni cerebrali (11,6 per cento) e più dell'iperemia e dell'anemia della sostanza bianca, il rammollimento, lo stravaso sanguigno in grembo a questa. Qualche rara volta la sostanza bianca presentasi come raggrinzata, contratta (*excessive shrinking* di Howden e Balfour). È scarsa la sierosità dei ventricoli (8,7 per cento), l' opacità dell'ependima, mentre è abbastanza comune la degenerazione cistica dei plessi coroidei (11,6 per cento). — È degno di nota il rammollimento parziale dei corpi striati e dei talami

ottici che nei pellagrosi esisterebbe nella proporzione del 9 per cento, ed il rammollimento del cervelletto (8,7 per cento) — fatto già constatato nei pellagrosi da Lombroso e da Morelli.

L'immunità apparente dei cervelli nei pellagrosi corrispose all'11,6 per cento.

Reperti notevoli nei pellagrosi.

Taramella Maddalena, 47 anni, mania pellagrosa.

Dura meninge inspessita. In corrispondenza al temporale destro un coagulo emorragico assai considerevole dello spessore massimo di sei millimetri, sotto la dura madre a sinistra altro stravaso in corrispondenza dell'osso temporale destro; un altro in corrispondenza della regione parietale destra: altro piccolo stravaso al lobo sinistro del cervelletto e sotto l'aracnoide. Circonvoluzioni atrofiche come in un vecchio di 70 anni; il lobo temporale destro è appianato, deformato evidentemente per la compressione dello stravaso. Dall'altra parte circonvoluzioni assai piccole separate da grandi solchi.

Pia madre iperemica non aderente; sostanza grigia piuttosto oscura: siero in gran quantità nel ventricolo laterale sinistro: qualche cisti nella tela coroidea.

Oltre le lesioni accennate, null'altro nel cervelletto.

Malinverni Maria, anni 46, pellagra.

In corrispondenza della gran falce, dura madre aderente, inspessita. Pia madre opacata, inspessita, con piccoli stravasi sanguigni. Nel centro della parte posteriore dell'emisfero sinistro si riscontra uno stravaso della grandezza di circa tre centimetri color cioccolatto con granulazioni nerastre: sostanza grigia assai oscura: bianca, sparsa di piccole apoplessie capillari, al di sotto della dura madre del cervelletto si riscontra un discreto stravaso sanguigno di data antica.

De Giorgi Luigi, mania pellagrosa, anni 60.

Dura madre di normale spessore, aderente con mediocre tenacità alla vôlta; assai invece alla base. Seno longitudinale e della base vuoto. — Pia madre ovunque assai inspessita: in corrispondenza dei vasi è di color madreperlaceo, specialmente lungo il gran solco del cervello: spazi sotto-aracnoidei ampi e pieni di siero rossigno: sostanza corticale rammollita ed atrofica; ram-

mollita la vôlta a tre pilastri: talamo ottico di sinistra rammollito e sformato, 3.° e 4.° ventricolo dilatato.

Cervelletto, nulla di rimarchevole, tranne una leggiera iperemia della dura madre.

Maggi Giacomo, 36 anni, mania pellagrosa.

Dura madre discretamente aderente all'ossatura: questa a sinistra ed internamente è rivestita da una pseudo-membrana sottilissima giallognola, disseminata da piccoli stravasi. Rammollimento della sostanza grigia e della sostanza bianca e poco spiccato il limite tra queste due sostanze.

Cervelletto non offre anormalità rilevabili.

Boccacia, 38 anni, mania pellagrosa.

Dura madre inspessita aderente alla vôlta: alla pia madre verso la fronte a destra aderisce dalla sua faccia interna un tumore della grossezza d'una nocciuola che si infossa in grembo alla sostanza cerebrale. Esaminato si vede costituito da tre piccole cisti riunite, piene di liquido bianco, splendente con lamine di colesterina.

Rammollimento della vôlta a tre pilastri.

Rovescala, 62 anni, mania pellagrosa.

Vuoto il seno longitudinale: dura madre pallida, inspessita, massime alla metà destra ove lo spessore è quasi di due millimetri ed al taglio è quasi cartilaginea.

Pia madre si svolge facilmente: sottile lo strato grigio della sostanza cerebrale: sostanza bianca molle, lucida. — Talami e corpi striati normali: ependima dei ventricoli laterali, rugoso, duro; cervelletto pallido, anemico.

Scolari, pellagra, anni 48.

Atrofia delle circonvoluzioni cerebrali: avvallamento profondo alla porzione posteriore dell' emisfero destro, come pure nella porzione laterale esterna di esso. — Sostanza grigia pallida, assottigliata: apparentemente normale la bianca. Sierosità nei ventricoli cerebrali.

Moro Maddalena, mania pellagrosa, 52 anni.

Dura madre non inspessita, aderisce assai tenacemente alla vôlta ed alla base cranica. Il seno longitudinale superiore contiene un sottile coagulo molle. Vene della pia madre turgide. — Spazi sotto-aracnoidei con scarsa quantità di siero. — Pia madre

normale. Sostanza cerebrale grigia assai colorata: bianca, di normale consistenza, ricca di punteggiature vascolari.

Poche gocce di siero nei ventricoli laterali con ependima leggermente inspessito. I due corpi striati aderiscono nella loro parte anteriore pel tratto di circa un millimetro alla parete del ventricolo. — Plessi coroidei ricchi di sangue con piccole cisti. — Ghiandola pineale più grossa del normale.

Milanesi, mania pellagrosa, anni 61.

Circonvoluzioni cerebrali assai assottigliate, sottile pure la sostanza corticale. Parenchima cerebrale assai più compatto del normale. I ventricoli laterali son dilatati e contengono circa 20 grammi di siero torbido; ependima inspessito e rugoso; cisti nei plessi coroidei, glandula pineale con numerose concrezioni calcarei.

Cervelletto in apparenza normale.

Demenza

La demenza ci riconduce colle sue alterazioni cerebrali quasi alle condizioni della mania cronica, colla differenza che queste nella demenza han raggiunto maggiore intensità: può dirsi che l' anatomia patologica della demenza si risolve nel deprimento, nell'atrofia: circostanze che saranno superate solo dall' estremo esito della pazzia — la paralisi progressiva. — È frequentissimo l'ematoma della dura madre (20 per cento), l'aderenza, l'inspessimento di questa (20 per cento). — In questi casi l'ematoma presentasi come uno straterello sottile talora pur esso risultante d'altri strati, giallognolo, con sangue deperito. — Anche Balfour registra congeneri alterazioni della dura madre nella demenza (13,2 per 100). — Nella demenza più che in altra forma di alienazione mentale prevale l'ateroma delle arterie cerebrali (20 per cento). — Balfour (19,5 per cento). Ed anche nella demenza l' ateroma delle arterie cerebrali va sempre compagno all' ateroma dell'arteria aorta ed al maggior numero di affezioni cardiache (V. la tavola). L' importanza di tale alterazione è pur fatta rimarcare da Griesinger. È facile diffatti comprendere le conseguenze di questa anormale condizione delle pareti delle arterie cerebrali: l'atrofia consecutiva della sostanza cerebrale,

o il rammollimento di essa in seguito a diminuito efflusso sanguigno trovano la loro spiegazione in questo irrigidimento e restringimento delle arterie. — In molti casi la sostanza grigia mostrasi anemica, scolorita (10 per cento) e la sostanza bianca è sclerosata, indurita (10 per cento — Balfour 10,9). — Quest'alterazione, secondo l' osservazione microscopica instituita in taluni cervelli, si dovette sempre ad un deperimento del tessuto nervoso e ad una produzione rigogliosa di tessuto connettivo. — Nei nostri reperti non v'ha un caso di appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali e Balfour ne trovava solo il 3,6 per cento. — V' ha invece non raro il rammollimento dei corpi striati (20 per cento), l'idrope dei ventricoli (10), l' opacità dell'ependima dei ventricoli stessi; nè si ebbe caso alcuno di cisti dei plessi coroidei. Anche Balfour non ne nota nella demenza caso alcuno. — Circa 40 cervelli per cento non offrivano alterazioni rimarcabili.

Pagani Giuseppe, anni 40, demenza.

Dura madre inspessita, aderente alla vôlta: al di sotto di essa si trova uno strato gelatinoso costituito da pseudo-membrane, sparso da macchie rossiccie probabilmente prodotte da antichi stravasi. — Sostanza grigia, anemica, assottigliata, sostanza bianca inspessita, consistente più del normale. Rammollimento della vôlta a tre pilastri. — Idrope dei ventricoli. Quest'ammalato aveva lo zio pazzo; cominciò con mania ambiziosa.

Pavesi Luigia, 50 anni, demenza da apoplessia.

Ateroma nelle arterie cerebrali: rammoliimento giallo nel talamo olfattorio ed ottico di sinistra. Al corno posteriore di sinistra inspessimento dell'ependima.

Picco Maria, 46 anni, demenza.

Aderenza della dura madre: normale la pia e la sostanza cerebrale. Nel lobo destro del cervello si trovano tracce di vecchi focolai apoplettici — ventricoli pieni di siero trasparente.

Meriggi Angelo, demenza, 49 anni.

Dura madre leggermente inspessita e difficilmente staccabile dalla vôlta. Vasi della dura madre e della pia discretamente turgidi di sangue: sostanza cerebrale bianca di consistenza maggiore del normale.

Sclerosi cerebrale.

Moro Rosa, demenza, 54 anni.

Grande stravaso tra la dura madre e l'aracnoide: ateroma diffuso delle arterie cerebrali. — Il coagulo sanguigno è posto al di sopra degli emisferi cerebrali e nel mezzo è rosso e verso la periferia giallastro. La dura madre aderisce al coagulo. Esso è di antica data, perchè all'esame microscopico la parte gialliccia del coagulo conteneva molte cellule fusiformi e vasi sanguigni. — Siero sotto-aracnoideo in gran quantità. — Pia madre intorbidata e leggermente inspessita nella superficie convessa degli emisferi. — L'ateroma delle arterie cerebrali si estende alla basilare ed è assai avanzato.

Éra questa ammalata affetta circa da 10 anni da pazzia.

Cerra Giovanni, anni 26. Dura madre sottile, specialmente in corrispondenza della metà degli emisferi: al di sotto di essa si nota una sottile pseudo-membrana giallastra. Scarsa quantità di siero nei ventricoli laterali, congestione venosa della tela coroidea.

Paralisi progressiva.

La paralisi generale progressiva riassume nelle sue forme anatomiche tutte le lesioni riscontrate nella demenza e nella mania cronica e le presenta tutte notevolmente aggrandite.

Troviamo diffatti l'ematoma della dura madre 18,5 volte su cento, 14,8 volte su cento pseudo-membrane senza emorragie, 40 volte su cento l'aderenza della dura madre alla vôlta; rarissimi sono gli inspessimenti della dura madre, ciò che forse esprime il graduale riassorbirsi dei materiali della dura madre — condizione questa rispondente al processo di involuzione cui vanno soggetti in questo stato mentale tutti i tessuti. — Conseguenza dell'atrofia cerebrale puossi ritenere la raccolta di siero nel sacco aracnoidale (18,5), in un caso trovai raccolta di pus. — V'ha frequente l'opacità della dura madre e l'aderenza di essa alla sostanza grigia cerebrale (14,8 per cento), fatto dichiarato ordinario della demenza paralitica da Griesinger e da Meyer; Balfour l'avrebbe trovato il 15,7 per cento.

Raro invece fu l'ateroma dei vasi cerebrali (3,7 per cento). Rimarchevole fu invece (22 per cento, Balfour 10,5) l'appiat-

timento, l'impiccolimento delle circonvoluzioni cerebrali, condizione questa, già riscontrata nella paralisi generale da Meyer (1): da ciò dipende probabilmente la ricca raccolta sierosa intra-aracnoideale. Talora la sostanza grigia è oscurata, talora anemica (8,7); e presentasi la sostanza grigia in taluni casi assai sottile (7,4). Prevale sul rammollimento della sostanza bianca (11,1), l'indurimento (18,5), (10,5 Balfour) e questa alterazione per frequenza notasi prima nell'idiozia, quindi nella paralisi generale progressiva. — L'atrofia dunque della sostanza grigia si accompagna alla sclerosi della sostanza bianca. — Non v'ha alcun caso di edema cerebrale mentre ve n'ha taluno di stravaso sanguigno nei corpi striati (7), di aderenza della pia madre al cervelletto (7,4). È invece abbastanza grande il numero di raccolte di liquido nelle cavità dei ventricoli cerebrali (25 per cento — Balfour 78), con grande sfiancamento di questo. — Frequente le granulazioni dell'ependima ventricolare (18 per cento — Balfour 14), le cisti nei plessi coroidei (11,1). — La paralisi generale progressiva fu quella che diede il minor numero di cervelli in apparenza illesi (3,7 per cento). Balfour non ne avrebbe trovato illeso neppur uno.

Reperti importanti.

Rognoni G. B., anni 46, p. g. progressiva.

Cominciò ad ammalare con un senso di vertigine: indi con dolore al capo; la vertigine era sì grande che ei non poteva reggersi in piedi.

Durò due anni in questo stato: impazzì con delirio acuto; quindi cadde nella demenza paralitica in cui morì.

Autopsia. — Dura madre aderente tanto alla base che alla vôlta cranica: alquanto inspessita: seno longitudinale superiore pieno di sangue nero coagulato, vene della pia madre turgide. La pia madre del cervello opacata; la pia madre che rivestì il cervelletto e il midollo oblungato è coperta da un essudato giallognolo purulento; i vasi son circondati da un orlo giallognolo. Il cervelletto non si stacca che con difficoltà dalla base cranica essendovi aderenze tra la dura e la pia meninge. Anche il nodo

(1) « Wirchow's Archiv ». 1873. Bd. 58.

del cervello è rivestito da un essudato giallognolo, purulento, identico a quello del cervelletto.

Le circonvoluzioni cerebrali sono stipate; gli spazi sotto-aracnoidei contengono poco siero trasparente. Corteccia cerebrale sottile, grigio-rossigna, sbiadita. Pochissimo spiccato lo strato interno di Kölliker: sostanza midollare con molte punteggiature vascolari, molliccia, di color bianco sporco; rammollita molto la vòlta a tre pilastri, ed il setto interventricolare. — Ventricoli laterali assai dilatati e pieni di siero giallognolo. L'ependima è in totalità inspessito, rugoso, con rilevatezza d'un grano di miglio; sull'ependima dei corni anteriori e posteriori notasi uno strato d'essudato, d'aspetto gelatinoso. Rugoso l'ependima del 3.° e 4.° ventricolo, ed in alcuni punti i vasi appaiono turgidi di sangue. Sostanza cerebellare notevolmente rammollita — strie acustiche quasi scomparse.

Zanetti Francesco, anni 57, p. g. progressiva.

Dura madre assai assottigliata, trasparente. Nella parte posteriore dei lobi frontali le circonvoluzioni si presentano atrofiche: siero nei ventricoli laterali (25 grammi). La pia meninge cerebrale e cerebellare opacata. — Consistenza della sostanza bianca midollare aumentata.

Analisi microscopica. — Sclerosi della sostanza bianca cerebrale.

Corti Antonio, anni 52, paralisi generale progressiva preceduta da mania. — In delirio aveva ucciso il fratello d'un suo padrone ed apertagli una ferita gli getta il cuore sul volto. — Meningi cerebrali inspessite: lungo la gran falce la pia madre è coperta da pus: alla base del cervello si nota uno stravaso antico. — Degenerazione ateromatosa delle arterie cerebrali.

Pizzocaro Francesco, 58 anni, demenza paralitica.

Dura madre si stacca facilmente dalla vòlta. Seno longitudinale superiore vuoto; dura madre assai inspessita specialmente in corrispondenza dell'emisfero sinistro.

Aderisce dessa all'aracnoide mediante un essudato biancastro; aderenza massima in corrispondenza ai lobi anteriori ed al lobo parietale destro. I due emisferi si possono difficilmente separare sia per aderenza della pia madre colla gran falce, sia per aderenza della pia stessa. — Nel distaccare la dura madre escono grammi 200 di siero. — Aracnoide assai inspessita in corrispondenza alle circonvoluzioni superiori ed ai lobi anteriori, e di co-

lor madreperlaceo. Il massimo spessore è di 1 m. m. Spazi sotto-aracnoidei ampi e pieni di siero trasparente. — Sostanza cerebrale in totalità alquanto rammollita, corteccia piuttosto sottile e di color grigio-oscuro.

Sostanza midollare ricca di punteggiature vascolari e di color bianco sporco. Ventricoli laterali alquanto dilatati e pieni di siero trasparente: vòlta a tre pilastri leggiermente rammollita. Ghiandola pineale piccola, con concrezioni calcari, plessi coroidei con molte cisti. Ependima dei ventricoli leggiermente inspessito sui talami ottici, ed alquanto rugoso; alle estremità anteriori dei due corpi striati notasi una aderenza tra l' ependima dei medesimi e quello dell'opposta parte. — Ependima del 3.° e 4.° ventricolo inspessito. — Nello spessore del corpo striato destro, nel punto ove la sostanza grigia confina colla bianca, notasi una isoletta di forma ovale del diametro longitudinale di centimetri 1 e trasversale circa di 2 centimetri, in cui il tessuto appare più molle che nelle parti circostanti di color giallognolo e di aspetto gelatinoso trasparente. — Nel cervelletto si nota rammollimento.

Protti Angelo, anni 45, paralisi generale progressiva.

Dura madre non molto ingrossata: pia madre lungo la vòlta ed il decorso dei vasi sensibilmente inspessita ed opacata; aderenza di essa alla sostanza cerebrale.

Molto consistente sì la sostanza grigia che la sostanza bianca. — Ventricoli laterali grandemente distesi da siero limpido. Tessuto della vòlta a tre pilastri e del setto lucido assai compatto: ependima assai inspessito, in taluni punti opacato e rugoso: cisti piccole, ma numerose nei plessi coroidei con vasi turgidi di sangue. — L'ependima del gran piede d'Ippocampo destro aderisce mediante un ponte del diametro di 1[2 e quadrato alla parte posteriore del corno posteriore del ventricolo corrispondente. — Ventricolo 3.° e 4.° alquanto dilatati con ependima inspessito e rugoso.

Analisi microscopica. — Con dilacerazioni a fresco si riscontrano cellule adipose nelle circonvoluzioni dei lobi frontali, nei lobi posteriori e temporali: specialmente vi hanno cellule adipose nella sostanza midollare: con sezioni verticali si rileva che nelle circonvoluzioni cerebrali esiste la degenerazione adiposa con piccoli focolai di 1[2 a due linee di tessuto connettivo iperplastico.

Franchini Carlo, anni 46, già alcoolista, morto con paralisi generale progressiva.

Dura madre inspessita ed aderente alla vôlta: la sua superficie interna è tappezzata da un essudato a forma di pseudomembrana di color rossigno e di aspetto gelatinoso, il quale è sottilissimo, trasparente, e va scomparendo in corrispondenza della parte posteriore degli emisferi cerebrali. — La pseudomembrana che tappezza la metà sinistra della dura madre è invece assai fitta, ed aderisce piuttosto tenacemente alla dura madre in corrispondenza della regione temporale.

Il maximum di spessore di questa pseudo-membrana è di circa 3 m. m. — Aracnoide notevolmente inspessita ed intorbidata; spazi sotto-aracnoidei molto ampi e pieni di siero rossigno.

Le circonvoluzioni si svolgono facilmente, sostanza cerebrale rammollita; punteggiature vascolari numerose: rimpicciolita la sostanza corticale. — Ventricoli laterali con siero; ependima leggiermente inspessito e ruvido. Plessi coroidei con molte cisti, delle quali alcune della grossezza di una piccola nocciuola. — Ventricoli 3.° e 4.° pure dilatato con ependima inspessito e rugoso.

Cervelletto in apparenza normale.

Frigerio, anni 55, paralisi generale progressiva.

Dura madre molto inspessita, ed aderente alla vôlta specialmente in corrispondenza della sutura longitudinale. — Uno straterello di sangue coagulato al di sotto della dura madre. Aracnoide alla metà anteriore dei due emisferi leggiermente inspessita ed opaca. Spazi sotto-aracnoidei molto ampi e privi di siero; circonvoluzioni dei lobi frontali molto sottili, sostanza grigia più sottile del normale. Sostanza bianca con numerose punteggiature vascolari, di normale consistenza.

Al microscopio rilevasi che nel punto in cui la dura madre è più inspessita esistono tra le sue maglie dei globuli di pus.

Vigotti G. B., paralisi generale progressiva.

Dura madre aderente: pia iniettata ed opaca; nell' ependima al di sopra del 3.° ventricolo osservasi un tumoretto gelatinoso della grossezza d'un grano di melica; è di color roseo; un altro simile ma più piccolo notasi in corrispondenza del 3.° posteriore del corpo striato destro.

Null'altro di notevole nel cervello e cervelletto.

L'osservazione microscopica dimostrò che quei tumori appartenevano alla classe dei gliomi.

La malattia cerebrale cominciò colla dislalia.

Bassi Giuseppe.

Dura madre leggiermente inspessita: pia madre opacata fino a prendere la colorazione del latte: sostanza cerebrale iperemica; nervo ottico destro dopo il miasma atrofico, ridotto come una sottile fettuccia di seta; normale il sinistro.

Talamo ottico sinistro più piccolo e più molle del destro. — Enorme raccolta sierosa nei ventricoli laterali.

Marsi Pietro, anni 43, paralisi generale progressiva.

Inspessimento della dura e della pia madre; sostanza bianca più consistente del normale; circonvoluzioni e sostanza grigia atrofiche: siero nei ventricoli, più nel destro che nel sinistro.

Al microscopio la pia madre presenta delle granulazioni di pus che in alcuni punti trovasi in avanzata degenerazione adiposa: nel cervello si trovano gli spazi linfatici perivascolari dilatati, zeppi di globuli purulenti.

Schiavoni Enrichetta, 46 anni, paralisi progressiva.

Nel centro del corpo striato destro un focolaio apoplettico che si estende in parte all'emisfero corrispondente: essudato biancastro sotto la pia madre cerebellare.

Melanconia.

La melanconia pei suoi dati anatomo-patologici potrebbe stare a paro quasi colla monomania, non offrendo — come questa — nulla di caratteristico o di determinato. Vi hanno casi di ematoma alla dura madre (17,4 per 100), di aderenza di essa alla vôlta, ma in piccola proporzione rispetto alle altre malattie (11,6 per cento); non v'hanno anormali inspessimenti di essa; si notano alcuni casi di iperemia della dura madre, di tumori a questa aderenti (5,8 — Balfour 3,8 per cento).

È pur tenue il numero di raccolte sierose intra-aracnoidee (5,8 per cento). — Balfour non ne registra neppur un caso. — La melanconia non darebbe casi di appiattimento o di atrofia delle circonvoluzioni cerebrali; ciò s' accorda perfettamente coi reperti di Balfour; è notevole invece una iperemia piuttosto frequente della pia madre (23,8 per 100 — Balfour 38,4 per 100) e v' hanno taluni stravasi nelle sue maglie. (5,8 per cento).

Puossi dire naturale il colorito, la consistenza delle sostanze cerebrali, tranne qualche caso raro di edema cerebrale e di stravaso sanguigno. — V'hanno alcuni stravasi nel cervelletto (11,6). e nel corpo striato (11,6). — La raccolta di siero nei ventricoli è nella frequenza del 32 per cento (Balfour 42,3) e le cisti nei plessi coroidei nella proporzione del 5,8 per cento. — Se però dalle lesioni registrate noi volessimo insistere a trarre un carattere unico patologico, lo potremmo forse trovare in uno stato iperemico di tutto il cervello, da cui l'aderenza della dura madre, il suo inspessimento, l'edema, gli stravasi, l'idrope dei ventricoli. A ciò può grandemente contribuire il numero abbastanza rilevante dei vizi cardiaci nei melanconici e specialmente l'ipertrofia totale del cuore riscontrata in essi 11,8 volte su cento. E le ricorrenti iperemie cerebrali disgiunte da ogni altra alterazione staminale del cervello non potrebbero renderci ragione dei bruschi accessi che insorgono talora nei melanconici ? — Trovammo 29 cervelli su cento apparentemente senza lesioni. Balfour darebbe l'11,4 per cento; ma nelle sue tavole in ordine a questi reperti negativi la melanconia occupa il 1.° posto, nelle nostre il 2.°

Reperti importanti.

Lozza Giuseppa, 37 anni, lipemania.

Un tumore cistico della grossezza d'una ciriegia al di sotto della dura madre e aderente alla superficie interna di questa corrisponde all'angolo anteriore superiore destro del parietale. — Uno stravaso di sangue in corrispondenza della metà circa dell'emisfero destro e spesso ancora nell'emisfero sinistro in corrispondenza dell'isola di Reil. Congestione a tutta la pia madre e a tutta la massa encefalica.

Re Giuseppe, d'anni 56, melanconia.

Dura madre aderente alla vòlta: pia leggermente iniettata: nel centro del talamo ottico ed olfattorio di destra un focolaio apoplettico circondato da sostanza cerebrale rammollita, della grossezza d'una noce. — Il lobo destro del cervelletto aderisce fortissimamente al sensorio e presentasi assai rammollito.

Idiozia.

Le lesioni del cervello riscontrate negli idioti ci porgono sufficienti elementi per confermare quanto venne già da altri ammesso, e per poter riferire alle alterazioni ceerbrali la ottusità intellettuale di questi.

L'idiozia presenta molte alterazioni della demenza, della paralisi progressiva, della mania cronica; ma come in queste malattie tali alterazioni rappresentano un graduale deperimento d'un organo precedentemente sano, nell' idiozia invece queste lesioni sono primitive e nate coll' individuo: lo sviluppo del cervello rimane interrotto. — Non si ebbe alcun caso di ematoma della dura madre: si ebbe invece con frequenza la aderenza della dura madre (22 per cento); scarsa la sierosità negli spazi intra-aracnoidei, e più comune l' aderenza della sostanza grigia alla pia madre, lo sviluppo naturale delle granulazioni di Pacchioni (11 per cento). — Ma quello che è caratteristico, è l' appiattimento e l'atrofia delle circonvoluzioni cerebrali: questa lesione è in tal grado da superare quanto si è di consimile osservato nelle altre malattie mentali. Le circonvoluzioni son rare, sottili, e quel che è importante si è che sonosi di preferenza trovate atrofiche le circonvoluzioni frontali e temporali; questo, secondo Gratiolet (1) è la nota caratteristica dell'idiozia. — Oltre a questa anomalia delle circonvoluzioni cerebrali, v'hanno casi di atrofia parziale della sostanza grigia: questa raggiunge nell'idiozia il più alto grado (22 per cento).

Nella stessa frequenza si ha l' indurimento della sostanza bianca: più scarsi l' edema, l' iperemia della sostanza cerebrale, gli stravasi sanguigni, le cisti dei plessi coroidei, le sierosità nei ventricoli. — In un idiota si rinvenne una cisti sierosa tra il talamo ottico e il corpo striato di sinistra.

(1) « Mém. sur la microcéphalie. » (« Journ. de Phys. », 1860, Tom. IX).

Reperto notevole.

Oldoni, cretino, anni 7.

Sostanza cerebrale molle, anemica; poco si distingue la corticale dalla midollare: atrofia delle circonvoluzioni anteriori.

Aderenza dell'ependima ai corpi striati e più al destro: siero nei ventricoli laterali: tutti gli oggetti interni rammolliti.

Vigo, idiota, 17 anni.

Dura madre fortemente congesta. Circonvoluzioni atrofiche specialmente verso il frontale: granulazioni di Pacchioni fortemente sviluppate.

Colombi Giuseppe, anni 47, cretinismo.

Aderenza tenace della dura madre alla callotta ossea: circonvoluzioni cerebrali assai sottili: sottile lo strato grigio delle circonvoluzioni: consistenza sentita della sostanza cerebrale bianca.

Merlo Giovanni, idiozia, 27 anni.

Dura madre assai inspessita: di più la pia. Gran quantità di siero nei ventricoli; nell'emisfero sinistro tra il talamo ottico e il corpo striato trovasi una grossa cisti, dura al tatto, della grossezza d'una nocciuola: il tessuto cerebrale circostante a questa è giallognolo e rammollito. — Nel cervelletto notasi uno sviluppo considerevole delle amigdale.

E volendo dar forma sintetica anche alle osservazioni istituite sul peso del cuore e del cervello negli alienati, si potrebbero formulare i seguenti concetti:

1.° Negli alienati il cuore pesa più che nei sani.

2.° Il peso maggiore del cuore trovasi in quelle malattie mentali in cui vi ha maggiore concitazione.

3.° Il peso minimo si trova in quelle alienazioni cerebrali in cui prevalgono i fenomeni di depressione e di atonia.

4.° Nelle malattie mentali s'accompagna quasi sempre una lesione cardiaca; e ciò nella proporzione del 76 per cento.

5.° È notevole negli alienati la precocità dello sviluppo dell'ateroma; ma quasi con pari frequenza decorrono veri vizi cardiaci.

6.° Le alterazioni cardiache degli alienati non sono mai

costituite da un'unica lesione, in generale sono complicate da due o più lesioni.

7.° *Cervello.* — Il peso medio del cervello degli alienati è inferiore al peso medio normale di circa 30 grammi.

8.° Se negli individui sani di mente il cervello della donna sta a quello dell'uomo come 90 : 100, negli alienati quello sta a questo come 90 : 90,3.

9.° Può stabilirsi che negli alienati il peso del cervello segue il peso del cuore.

Ospizio delle Partorienti e R. Scuola d' Ostetricia annessa in Milano

diretta dal Prof. Cav. **D. CHIARA.**

Le iniezioni ipodermiche d' acido fenico nei processi morbosi puerperali : *per il dott.* GIUSEPPE CHIARLEONI 2.° assistente.

I.

L'acido fenico che ai nostri giorni conta fra i rimedi alla moda, in poco più di 14 anni da che fu introdotto nella pratica medica, ha fatto progressi veramente considerevolissimi. Usato nel suo esordire e ancora attualmente quale disinfettante nelle affezioni chirurgiche con risultati ognora splendidi, non tardò molto ad essere impiegato per uso interno nella cura di buon numero di processi morbosi quale succedaneo del solfato di chinina. E così Henri Brown usò l'acido fenico nella diarrea cronica, il dott. Roberts in casi di vomito consociato a dispepsia, il Colter, dell'Isola di S. Maurizio, lo impiegò su larga scala nelle febbri tifoidi (decantandolo superiore allo stesso solfato chinico ! !) e un connazionale di quest' ultimo, il dott. Tessier, lo adoprò in un numero considerevole di tifosi, per iniezione ipodermica alla dose di 3 a 4 centigrammi discolto in acqua ; e tutti con risultati brillantissimi.

Cotesti lusinghieri successi ottenuti dai primi osservatori contribuirono ad aumentare la sua importanza come agente terapeutico, ed invogliare altrui ad esperirlo e per tal modo, o convalidare alla stregua di più numerosi fatti, o limitare, od anche rovesciare tutto quanto ne era stato detto. Egli è perciò naturale che il mio prof. Chiara, come quello che allo zelo per il bene delle ricoverate affidate alla sua cura, accoppia il più vivo desiderio di contribuire ai progressi della scienza, abbia voluto che fosse instituito un certo numero di osservazioni su diverse malate in puerperio, onde toccare con mano quanto di vero vi fosse nella vantata azione antifebbrile dell' acido fenico.

I risultati delle fatte osservazioni non si sarebbero forse per ora resi di pubblica ragione, se ancora di questi giorni non avessimo letto nella « Gazzetta delle Cliniche di Torino » un breve estratto di due Memorie dei dottori Hüter e Kunze sulle iniezioni ipodermiche di acido fenico. Hüter nella sua Memoria che si intitola: *Iniezione parenchimatosa d'acido fenico come antiflogistico*; viene alle conclusioni che testualmente vogliamo riprodurre dal foglio prelodato:

« 1.° Nella sinovite iperplastica granulosa (tumor bianco) « del ginocchio. Le iniezioni furono praticate nella parte più « centrale della giuntura, tanto che l' ago veniva a contatto « colle superficie articolari. Risultato: diminuzione dei dolori, « abbassamento dell' alta febbre vespertina, diminuzione no- « tevole della tumefazione.

« 2.° Nelle adeniti sotto-cutanee tendenti alla suppura- « zione, nei bubboni della regione inguinale e femorale. Ri- « sultato: diminuzione del dolore, del rossore e dell' edema, « limitazione distinta della tumefazione glandolare.

« 3.° Nel flemmone acuto sottocutaneo e sotto aponeurotico. « Si sceglie la parte più periferica del flemmone: se questo è « molto esteso si possono fare due iniezioni in diversi punti. « Risultato: raggrinzamento dei tessuti dopo poche ore, di- « minuzione pronta del dolore e della febbre; guarigione senza « suppurazione.

« 4.° Nella risipola traumatica. Una iniezione fatta in di- « versi punti sul confine dell' area risipelatosa, può impedire « l' estendersi dell' esantema. »

Il ghiaccio, le sottrazioni sanguigne, o qualunque altro mezzo che non sia del dominio della chirurgia operativa, dispiegano sempre, secondo l'Hüter, un' azione antiflogistica di gran lunga inferiore a quella delle iniezioni d'acido fenico. Fa voti infine perchè anche nel campo della patologia interna le iniezioni d' acido fenico possano trovare estesa applicazione.

Il dott. Kunze rispose tosto all' appello, portando in appoggio alle esperienze dell' Hüter, 4 osservazioni di reumatismo articolare acuto curato colle iniezioni sottocutanee di acido fenico. Dietro il risultato ottenuto della scomparsa della febbre e del dolore il Kunze emette il giudizio che l'acido fenico è superiore al chinino nella cura della malattia in discorso.

Le esperienze adunque instituite su otto delle nostre puerpere acquistavano, contro la nostra stessa aspettazione, un valore non indifferente; e tale da indurmi a chiedere al professore, a cui sono lietissimo di poter pubblicamente attestare i sensi della più alta stima e riconoscenza, il permesso di poterle sottoporre all' imparziale giudizio dei colleghi. — La conclusione che sorgerà dall' insieme dei fatti osservati non essendo, debbo pur dirlo, quale si potrebbe aspettare dopo la lettura di quanto altri hanno creduto di osservare, mi obbliga prima di entrare decisamente a parlarne, a fare una digressione.

II.

Nel campo delle scienze sperimentali, fra cui la medicina, non sappiamo comprendere una opposizione sistematica a tutto che sappia di nuovo; ma se per caso vi fossero partitanti di questa opposizione eretta a sistema, noi non contiamo nel novero, ed a provarlo basta un rapido cenno degli usi tutti nei quali l'acido fenico viene adoperato nel nostro Istituto.

Basati sulla azione antifermentativa universalmente riconosciuta a questo agente terapeutico, da più di un anno, quale profilattico dei processi morbosi puerperali d'origine infeziosa

viene di preferenza all' ipoclorito di calce, al solfato di ferro e al permanganato di potassa usato (in soluzione acquosa alcoolizzata) per le spruzzature giornaliere in tutti i locali della clinica e pelle lavature delle latrine. Una soluzione di acido fenico nella glicerina sostituisce molto utilmente la mucillagine di semi di lino, o l'olio di olivo nelle esplorazioni digito-vaginali; e le irrigazioni in vagina che sempre mattina e sera sono fatte alle puerpere, non sono mai, se non per eccezione, che di acqua fenizzata.

Quando poi, la profilassi rimasta impotente, in una qualunque delle puerpere si manifestino i segni di una incipiente endo-metrite decidua, non si ha timore alcuno di praticare irrigazioni fenicate entro il cavo uterino. In tali casi il grado di concentrazione della soluzione varia a seconda della gravità e acutezza del processo. E nelle piaghe vagino-vulvali, consecutive a lesioni avvenute durante il parto, quando queste tendono a farsi luride, o a coprirsi di uno strato cruposo o difterico, la cauterizzazione delle medesime con l'acido fenico puro ci ha fornito risultati superiori certamente a quelli dati dal nitrato d'argento, dagli acidi concentrati, dal liquido iodotannico e infine dal cloralio pur esso da poco vantato. Anche nelle piaghe da decubito il cotone imbevuto di glicerina fenizzata, il tutto mantenuto in sede da uno strato di collodion, si mostrò efficacissimo.

Questa abbastanza lunga enumerazione degli usi in cui l' acido fenico è impiegato e dei vantaggi che se ne ritraggono, non sarebbe completa quando si intralasciasse di parlare di esso come revulsivo cutaneo quale sostitutivo della cantaride. Il dott. Francis Henderson a cui va l'onore di averlo primo usato e raccomandato a questo scopo, gli riconosce i seguenti vantaggi: la rivulsione è più potente, è meno dolorosa, non ispossa i malati con una perdita di secrezioni abbondanti, non necessita medicazione di sorta, è molto più comoda e infine non espone ai disturbi degli organi genito-urinari come la cantaride. Disgraziatamente non possiamo condividere tutto l' ottimismo dell' autore inglese. Ognuno può credere di leggieri che negli istituti di maternità le affezioni che necessitano l'uso dei vescicatorii non scarseggiano punto;

e perciò l'acido fenico puro poteva da noi essere adoprato, come lo fu infatti, un numero considerevole di volte.

Come l'Henderson, nella clinica pure si usa spalmare in quella maggiore o minore estensione voluta dal caso speciale, la pelle mediante un pennello di filaticcio intriso nell'acido fenico liquefatto, e poi leggermente spremuto; ma se con lui si può ammettere la maggiore potenza di rivulsione, la sua comodità, la sua innocuità sulla vescica e aggiungeremo anche la nessuna traccia o colorazione che lascia alla pelle una volta cicatrizzata; dobbiamo per contrario, forti per numerose prove, asserire che la rivulsione è molto lenta, che troppo spesso buona parte del derma (epidermide e strato mucoso) viene mortificata, che la perdita di secrezioni è molto superiore e finalmente che la medicazione, allo stesso titolo, dura per un numero di giorni molto maggiore di quello che si esserva tener dietro all'applicazione dell'empiastro cantaridato.

I punti sui quali dissentiamo dall'autore più sopra nominato, sono a nostro giudizio di tanto peso, da non permetterci coscienziosamente di raccomandare l'acido fenico come succedaneo della cantaride, nei processi puerperali, nei quali la pronta e rapida azione dei rimedi deve sempre figurare quale precipuo loro carattere; non volendo con ciò escludere il fatto che in altre affezioni a più lento decorso e nelle quali si richiede una rivulsione lenta e duratura possa trovare utili applicazioni.

III.

Facendoci ora a riferire il risultato delle osservazioni che formano argomento di questo lavoro, sentiamo il dovere di accennare alla idea che presiedette alla sperimentazione nostra. Le molteplici e svariatissime forme morbose a cui va soggetta la puerpera, ponno sotto il doppio punto di vista della terapia e della prognosi essere raggruppate in due grandi categorie: affezioni che inducono nell'organismo per un complesso di cause non sempre conosciute, guasti così gravi che la morte ne è, ci si permetta l'espressione, la naturale conseguenza; e affezioni che per la relativa loro mitezza o limi-

tazione del processo sono suscettibili di cura e guariscono mai sempre, pur lasciando alcuna fiata residui i quali mantengono la donna in quello stato conosciuto collo spirituale appellativo di imminenza morbosa.

Il tentare l'acido fenico per iniezioni ipodermiche nelle malattie della prima categoria sarebbe stato lo stesso che procurargli, con poca gloria per vero, un sicuro naufragio. Epperò seguaci convinti della massima, secondo la quale dal semplice si deve sempre salire al complesso e non agire mai in senso inverso, ci servimmo dell'acido fenico in processi morbosi relativamente miti e che non ci lasciavano vedere nè anco alla lontana, la probabilità che le cose volger potessero ad esito infausto.

Ciò premesso, qualunque sia il modo d'azione per il quale l'acido fenico si mostra giovevole nei processi morbosi d'origine zimotica, nol crediamo qui dovere indagare; a noi basta il dichiarare che movente primo, unico anzi, si fu il modesto desiderio di ricercare quanto vi fosse di vero nella pretesa sua azione anti-febbrile. Il liquido che servì di veicolo all'acido fenico fu la glicerina pura, e in proposito, quantunque non sia molto probabile che qualcheduno possa rimproverarci una cotal scelta, pure vogliamo affermare col Gubler che la glicerina non gli toglie punto le sue proprietà fisico-chimiche e fisiologiche. Che anzi diremo di più, queste proprietà non vengono punto scemate, come sta a provarlo in tutta la sua nuda verità una serie comparativa di esperienze da noi eseguite sulle rane.

Il riferire come sieno state condotte queste esperienze e quali sieno stati i fenomeni osservati dietro l'assorbimento dell'acido fenico, sarebbe lo stesso che il voler ridire quanto hanno scritto in proposito buon numero di sperimentatori con a capo il Lemaire; perciò ci accontentiamo di accennare alla perfetta identità ottenuta nei risultati. Tanto disciolto nell'un veicolo che nell'altro, l'acido fenico alla dose di due centigrammi bastò sempre a produrre la morte delle rane.

Come più sopra fu accennato, otto sono le puerpere in cui si tentò l'azione antifebbrile dell'acido fenico; di queste, una sola ebbe un parto distocico per rottura prematura del

sacco amniotico, per irregolarità e insufficienza delle forze efficienti il parto, per rallentamento del battito cardiaco fetale e scolo abbondante di meconio, circostanze queste che richiesero l' applicazione del forcipe al distretto di emissione per sottrarre il feto ad una morte imminente. In tutte poi la malattia si deve ascrivere ad un elemento infezioso dominante nelle sale della clinica, come di leggieri ognuno potrà convincersene colla lettura delle relative storie che facciamo seguire.

IV.

N. 284, anno 1873. — Parto spontaneo — emorragia consecutiva lieve. — Endometrite e difterite vulvo-vaginale — guarigione.

Robusta contadina di 15 anni, si sgrava spontaneamente a termine il 13 di marzo 1874 di un bambino vivo. È presa da emorragia interna leggiera 14 ore dopo la liberazione. Estratti circa 300 grammi di grumi di sangue, amministrato un grammo di segale cornuta e messa a permanenza sul ventre la vescica di ghiaccio, la perdita cessa completamente.

Puerperio. — Alla mattina del 3.° giorno di puerperio, si riscontrano tutti i sintomi di un' endometrite grave accompagnata da una piaga, dovuta alla lacerazione della forchetta, ricoperta da un essudato difteroide. (Vedi tavola I, tracciato termico N.° 1). Il processo morboso si mantenne in tutto il suo decorso localizzato, e contro vi si opposero in principio le iniezioni endo-uterine d' acqua fenizzata, la cauterizzazione all' acido fenico della piaga, le bevande diluenti e una dose di ipecacuana. All'ottavo e nono giorno di puerperio (6.° e 7.° di malattia) vennero praticate due iniezioni ipodermiche d'acido fenico (2 centig.) pur continuando le irrigazioni endo-uterine e l' applicazione topica di cotone imbevuto di glicerina con cloralio alla piaga. I tonici e gli amari furono a lor volta impiegati sul declino onde affrettare la convalescenza. La donna guarita, potè partire dall' ospizio il 30 marzo.

N. 35, 1874. — Parto spontaneo. — Endo e perimetrite. — Difterite vulvare.

Contadina di 29 anni, gravida per la prima volta, partorisce a termine spontaneamente il 7 marzo. Dopo tre giorni di puerperio regolare, viene presa da un brivido (alle ore 3 antimeridiane) e alla visita del mattino la donna ha cefalea sopra-orbitale, lingua patinosa e biancastra, nessun appetito, alvo aperto — ventre trattabile per ovunque, utero contratto, leggermente dolente sotto una forte pressione, lochi fetenti di color mattone, contusione all' ostio vaginale tumida e di aspetto rosso bruno. Secrezione lattea nulla. — Cura — iniezione endo-uterina d'acido fenico in acqua tiepida, e glicerina con cloralio sulla piaga contusa. Bevande diluenti. — Ghiaccio. Vedi tracciato termico 2.°, tavola I.

5.° giorno. — Un secondo brivido scompagnato da qualunque sintomo nuovo. — Mattino. Colomelano (20 centigr.). Nel pomeriggio (alle 4) si pratica un'iniezione ipodermica di 2 centigrammi d' acido fenico alla regione ipogastrica.

6.° giorno. — Un pò di aggravamento nelle condizioni generali dovuto all' alta temperatura, e localmente la piaga al pudendo si è rivestita di uno spesso strato bianco sporco, tendente alcun poco al verdastro. 2.ª iniezione ipodermica d'acido fenico, oltre alla cura sopra accennata.

7.° giorno. — Generale come il giorno precedente — stato locale peggiorato — dolore acuto, superficiale, retro-pubico spontaneo e provocato. — Cura. 3.ª iniezione d' acido fenico, 8 mignatte agli inguini, in seguito spalmatura mercuriale e cataplasma. — Cauterizzazione coll'acido fenico della piaga al pudendo.

8.° giorno. — Il dolore retro-pubico è cessato. — Cura. Chinino e detta, meno la iniezione d' acido fenico. — 3.° brivido nella notte, anche questo senza la concomitanza di sintomi nuovi.

La febbre e la fetidità dei lochi si mantengono ancora per più giorni. Una volta poi che i lochi diventarono francamente purulenti e la piaga si fu spogliata dell' escara, tutto procedette verso la guarigione rapidamente, e la donna potè abbandonare il letto il 17.° giorno di puerperio, terzo di apiressia completa.

N. 38, 1874. — Parto spontaneo — parametrite e difterite vulvo vaginale.

Una robusta contadina a 19 anni, sgravatasi naturalmente il 21 marzo, alla una pomeridiana del 2.° giorno di puerperio è assalita da un intenso brivido, seguito a breve tratto da dolori alla zona ipogastrica, e più propriamente limitati a quel tratto che ricopre in avanti il globo uterino ben contratto e ridotto. Cefalea — lingua patinosa — anoressia — ventre appiattito — tre scariche alvine — lochi piuttosto abbondanti ancora sanguigni e non fetenti. Vedi tracciato termico tavola I, N.° 3.° — Cura — tre coppette scarificate vincono il dolore.

3.° giorno. — Notte discreta. — Mattino — ricomparsa del dolore superficiale, limitato alla zona uterina in avanti e alcun poco a destra — le superficie lacerate della forchetta si sono ricoperte di una patina bianca verdastra che si prolunga in alto in vagina. — Cura — iniezione ipodermica d'acido fenico — altre sei coppette scarificate al basso ventre — medicazione con glicerina e cloralio della piaga. — Limonea e ghiaccio per bocca.

4.° giorno — diminuzione del dolore all'ipogastrio — piaga maggiormente sporca. — Cura. — Iniezione ipodermica d'acido fenico — cauterizzazione coll' acido fenico della piaga fattasi francamente difterica — cataplasma con unguento mercuriale. — Calomelano, limonea.

5.° giorno — niente di mutato.

6.° giorno — 3.ª iniezione ipodermica d' acido fenico. — Solfato di chinino un grammo.

7.° giorno. — Scomparsa totale del dolore, piaga detersa granulante — lochi normali. — Solfato di chinino.

Dall'ottavo giorno di puerperio in poi con decorso saltuario tutto s'avvia alla guarigione e la donna può abbandonare l'ospizio il 4 di aprile.

N. 45, 1874. — Parto spontaneo — parametrite sinistra leggiera — contusione grave alla vulva.

Brivido in 2.ª giornata di puerperio intenso e prolungato. — Utero ben ridotto, col fondo suo a 3 dita trasverse circa

sotto l'ombellico, dolente al suo lato sinistro — la pressione esagera le sofferenze. — Una estesa contusione al pudendo dovuta al parto è livida e sporca. — Cura. — Bisolfato di chinino — frizione con pomata mercuriale belladonnizzata e cataplasma all'ipogastrio. — Cauterizzazione della superficie contusa coll'acido fenico, allo scopo di preservare i tessuti dalla irritazione dei lochi.

Al mattino del 5.° giorno, pur essendo scomparso il dolore e l'escara al pudendo essendo quasi completamente caduta lasciando a nudo una superficie rosea e granulante, la febbre è ancora gagliarda e l'appetito nullo. — Cura. Iniezione ipodermica di 3 centigr. d'acido fenico. — Il 6.° e il 7.° giorno la febbre si mantiene elevata; all'ottavo vi subentra la defervescenza completa che mantenendosi ci permette di assecondare il desiderio della donna lasciandola partire in 11.ª giornata di puerperio.

N. 47, 1874. — Parto naturale — parametrite e difterite vulvare leggiera in puerperio.

Robusta contadina di 17 anni, sgravata il 17 marzo di un bambino a termine.

Il giorno 18 marzo, 2.° di puerperio, la donna è febbricitante, si lagna di morsi uterini, e di dolore gravativo all'utero sotto la pressione. — Nessun altro disturbo. — Nella sera il dolore all'utero si fa superficiale limitandosi alla regione inguinale destra. — Cura, 8 mignatte. — A tre riprese nella notte è côlta da epistassi abbastanza leggiera da ceder sempre all'uso del ghiaccio.

3.° giorno. — Dolore all'inguine meno superficiale e sentito. — La piaga da lacerazione della forchetta, fino alla sera precedente bella, ha preso un aspetto bianco-giallo-verdastro, lochi normali — non cefalea — lingua patinosa — anoressia, alvo chiuso, urine normali. — Cura. — Infuso d'ipecacuana — cataplasma con unguento mercuriale. — Cauterizzazione coll'acido fenico della piaga — e iniezione ipodermica di 2 centigrammi d'acido fenico.

4.° giorno. — Stato generale e locale come sopra. — Cura

— 2.ª dose d'ipecacuana, la 1.ª non avendo prodotto effetto — 2.ª iniezione ipodermica d'acido fenico.

5.° giorno. — Detersione della piaga — diminuzione del dolore all' inguine destro. — Cura, idem — più calomelano a dose epicratica lungo il giorno e finalmente una terza iniezione ipodermica d' acido fenico.

Al sesto giorno. — Bisolfato di chinino che si ripete alla dose di un grammo al 7.° giorno. Una leggiera recrudescenza in ottava giornata segna il principio della curva discendente e la guarigione è ottenuta in pochi giorni. Il 29 marzo la donna senza alcun pericolo può abbandonare la clinica.

N. 48, 1874. — Parto spontaneo. — Endometrite — risipola grave in puerperio — guarigione.

Il 31 marzo alle 4 1[2 antimeridiane ha un parto spontaneo a termine una giovane cameriera di 27 anni. Già al 2.° giorno di puerperio i sintomi d' un' endometrite decidua si fanno francamente palesi — dolore profondo e gravativo a tutto l' utero che è voluminoso e molliccio ; lochi color mattone, fetidi e scarsi. In terza giornata il dolore uterino si è aumentato e fatto superficiale, la donna si lagna di orripilazioni frequenti. Temendo una partecipazione al processo morboso da parte del peritoneo, si applicano 6 coppette scarificate alla zona sotto-ombellicale — indi cataplasma con spalmatura mercuriale e internamente bisolfato di chinino (1 grammo).

4.° giorno — mattino — diminuzione sensibile di tutti i sintomi. — Cura — iniezione ipodermica d'acido fenico (2 cent.) Nella giornata ripetizione di un leggier brivido, il dolore uterino già quasi del tutto scomparso non ricompare, in sua vece si osserva il piccolo e gran labbro sinistro della vulva di colore rosso scarlatto, dolenti e caldi. — Cura — si ripete la iniezione ipodermica d'acido fenico. — Ghiaccio e limonea all' interno.

5.° giorno — condizioni generali e locali identiche a quelle del giorno precedente. — Cura, due iniezioni ipodermiche d'acido fenico, l' una al mattino, alla sera l' altra.

6.° giorno — il rubore già osservato alla vulva si estende

tutto all' intorno del gran labbro sinistro alla pelle della coscia per un buon quarto circa della sua faccia interna. Verso il centro di questo rubore resipelatoso si solleva una flittene di poco più di 2 centimetri quadrati in superficie. — Cura — Iniezione ipedermica di 3 centigr. d' acido fenico.

7.° giorno. — Ricomparsa dei dolori uterini e invasione di nuova superficie da parte della resipela. — Cura — 3 centigrammi d' acido fenico per iniezione ipodermica. Vino di china, 150 grammi, collodion ricinato al contorno resipelatoso.

8.° giorno. — Statu quo — notisi che la resipola ha invaso in tutta la circonferenza il terzo superiore della coscia, non oltrepassando in avanti l' arcata crurale, ed è tutta coperta da larghe flittene. — Cura. Vino chinato e 7.ª iniezione ipodermica d' acido fenico.

9.° e 10.° giorno — indebolimento di forze e dimagramento considerevolissimi; resipela sempre estendentesi. — Cura. — Vino di china — latte — ghiaccio — affusioni fredde alle braccia e al torace.

Da questo momento, gli organi della sfera genitale non ci presentano più fenomeni degni di nota, poichè anche il rubore del piccolo e gran labbro sinistro della vulva è scomparso; ma intanto la resipela seguendo immutata la sua marcia invadente, in 22.ª giornata ha raggiunto tutto il piede. Notisi però che a quest'epoca le parti prime attaccate fino alla metà circa della gamba erano ritornate in condizioni normali.

In 26.ª giornata la resipela si estingue e la temperatura cade al disotto della normale, mantenendovisi per più giorni.

N. 76, 1874. — Forcipe al distretto di emissione. — Endometrite lieve e eczema labbiale acuto in puerperio — guarigione.

Contadina a 24 anni, di ottima conformazione, primipara. Il travaglio di parto iniziatosi colla spontanea rottura delle membrane il 9 giugno, progredì lentamente e irregolare fino alle ore 5 pom. del 10, in cui la dilatazione si è fatta completa. Come il periodo dilatante, l'espulsivo si stabilisce e continua irregolare e lento. — Le contrazioni, dolorose, brevi e

incomplete non fanno progredire di molto la testa del feto, sicchè verso le 9 pom. questa toccava appena il piano perineale. — Ma a questo momento la donna è febbricitante e il feto si appalesa minacciato nella vita, da uno scolo abbondante di meconio e da un rallentamento e irregolarità nel battito cardiaco. Un' applicazione di forcipe per terminare tosto il parto con beneficio e della madre e del feto era indispensabile e perciò venne eseguita immediatamente. — Il feto maschio estratto asfittico potè essere rianimato.

Puerperio. — Il mattino seguente alla liberazione (11 giugno) la donna è in condizioni discrete. — Alle ore 2 1[2 pomeridiane è assalita da un brivido con tremito nervoso gagliardo, con grave cianosi della faccia, occhi iniettati, ambascia grave di respiro, vomito e cefalea intensa. — Per questa sindrome di sintomi temendo una congestione grave al cervello si aprì la vena e si estrassero circa 200 grammi di sangue.

In sul domani tutto è ritornato in condizioni pressochè fisiologiche, e tale si mantenne il terzo giorno.

4.° giorno — febbre — cefalea sopra-orbitale — lingua patinosa, anoressia — respiro dispnoico — utero dolente al tatto — lochi fetenti e filanti di color mattone — alvo chiuso — rubore resipelatoso al labbro superiore, porzione sinistra e alla pinna nasale corrispondente. — Cura — vescica di ghiaccio sul ventre — una polvere di Sedlitz. — Sera, statu quo — iniezione ipodermica d' acido fenico.

5.° giorno. — Sintomi generali immutati — dolore uterino scomparso — lochi fetidi e nerastri — la superficie resipelatosa (?) al labbro superiore e pinne del naso coperta letteralmente di buona copia di vescichette a punta biancastra. — Cura, iniezione ipodermica d'acido fenico (10 antim.), calomelano.

6.° giorno — miglioramento di tutti i sintomi — alcune vescichette rottesi formarono una crosta bianco-giallastra.

7.° giorno. — Ritorno alle condizioni normali. — Guarigione rapida — si licenzia la donna il 25 giugno.

N. 97, 1874. — Parto naturale. — Endometrite e leggiero flemmone del legamento largo destro.

Tessitrice d' anni 30 — linfatica — primipara — partorì il 21 maggio.

Entrata regolarmente in puerperio, in 3.ª giornata un brivido di media intensità, una sensibilità esagerata in corrispondenza degli annessi di destra, un pò di tensione addominale con stipsi, lochiazione fetida e scarsa portano al diagnostico di un'endometrite e flemmone del legamento largo destro. — Cura — vescica di ghiaccio localmente — all' interno infuso d' ipecacuana (3 grammi).

4.° giorno — dolore agli annessi di destra diminuito, scemato il meteorismo e la tensione addominale, 4 scariche alvine — lochi sempre fetenti. — Cura, oltre la solita due iniezioni ipodermiche d' acido fenico.

Una terza iniezione vien praticata il 5.° giorno, ma la temperatura non viene punto modificata fino al 7.° giorno, mentre per converso vanno man mano diminuendo tutti gli altri sintomi.

La convalescenza fu rapida quanto leggiero fu il processo morboso e la donna potè abbandonare la clinica il 31 maggio.

V.

Dopo la lettura delle storie surriferite il lettore si troverà messo in grado di poter trarre senza tema di andare errato la conseguenza che a nostra volta trarremo, che cioè l'acido fenico a dose terapeutica quale rimedio antifebbrile è destituito assolutamente di qualunque valore. E però questa conseguenza che spontanea s' impone, renderebbe superflua ogni ulteriore parola, quando non vi fossimo spinti e dalla intrinseca importanza dell'argomento e più dal desiderio di allontanare da noi anche la più lieve traccia di *partito preso*. A questo scopo abbiamo in due tavole raccolti tutti i tracciati termici delle riferite osservazioni nello intento di rendere più agevole a chi leggerà il seguirci passo passo in quelle considerazioni pratiche in cui siamo per entrare.

E ripigliando ora l'esame delle singole storie ma più specialmente sotto il loro aspetto termico, diremo: che nella prima nostra malata N. 248 (Vedi tavola I, tracciato 1) af-

fetta da endometrite e difterite vulvo-vaginale, nella quale si verificarono i più alti gradi di temperatura compatibili colla vita, le iniezioni ipodermiche d' acido fenico praticate in numero di due, l' una in 8.ª e l' altra in 9.ª giornata di puerperio, non ci fornirono alcun vantaggio. — E così è, dappoichè mentre dal 3.° al 7.° giorno le oscillazioni giornaliere termiche variarono da uno a due gradi, dall' 8.° all'11.° (periodo in cui si praticarono le iniezioni) queste non oltrepassarono mai il grado, per poi rifarsi maggiori fino al 14.° in cui ad una brusca ascesa tenne dietro la più completa defervescenza. Da ciò è evidente che se tornate fossero di una qualche utilità le iniezioni avrebbero dovuto almeno esagerare le curve termiche giornaliere.

Nella malata N. 35, le tre iniezioni praticate la prima nel periodo d' ascesa e le altre due nel *fastigium* non ebbero il potere di modificare di un punto la linea termica e con essa il processo infiammatorio; il che ad evidenza è messo in luce dal tracciato termico 2.°, tavola I. — La stessa azione antizimotica della medicazione in discorso tanto vantata da buon numero di osservatori, troverebbe in questo caso una solenne smentita nel ripetersi del brivido iniziale in 5.ª ed in 8.ª giornata di puerperio.

La temperatura nella malata di parametrite e difterite vulvo vaginale N. 38 a cui vennero fatte 3 iniezioni nel 3.°, 4.° e 5.° giorno di malattia, si mantenne ciò nullameno al disopra di 40.° fino alla sera del 7.° giorno. (Vedi tracciato 3.°, tavola I). Anche per questo caso dunque vale quanto più sopra è detto.

Le storie 4.ª e 5.ª nelle quali ad un identico processo morboso corrisponde una pressochè identica durata della affezione e linea termica, concorrono entrambe a raffermare il nessun valore antifebbrile dell'acido fenico. Ed invero nella malata N. 45 (Vedi tracciato 4.°, tavola I) in cui una sol volta si ricorse alla iniezione, questa praticata la mattina del 5.° giorno non impedì menomamente che alla sera la linea termica segnasse il maggior punto di altezza a cui sia pervenuta in tutto il decorso del morbo. — E parimente nel N. 47 (Vedi tracciato 5.°, tavola I) anche dopo la terza iniezione

fatta la mattina del 5.º giorno, la temperatura, nella sera, presentò una considerevole ascesa di 1 1[2.

Ma il peso della osservazione VI, N. 48, che risguarda la malata di endometrite e resipola grave all' arto sinistro addominale, non isfuggirà, ne andiamo sicuri, all'occhio dell'imparziale lettore. Di nessuna utilità nell' abbassare la temperatura, le iniezioni di acido carbolico in numero di sette, non valsero per nulla ed arrestare nel suo cammino invadente il processo resipelatoso, e ciò non solo contrariamente alla aspettativa del dott. Hüter, ma bensì anche contro le stesse asserzioni, che si vorrebbero dedotte da fatti ben cerziorati, del dott. Aufrecht, il quale seguace della teoria di Lister secondo cui la resipela nel maggior numero dei casi dipenderebbe dall'entrata e moltiplicazione di esseri organizzati nel tessuto connettivo e che l' acido fenico avrebbe il potere di annientare e di distruggerne gli effetti, avrebbe mediante questo mezzo arrestato la resipela in due casi che gli occorsero. (Vedi « Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino » 1874, N. 12).

In proposito egli è ben vero che noi abbiamo praticate le iniezioni alla regione ipogastrica piuttosto che, come vorrebbe l'Aufrecht, nel tessuto sano circostante alla resipela, ma una volta ammessa la teoria più sopra esposta, ne vien di conseguenza che l' acido fenico, perchè giovi, deve essere portato in circolo; che se ciò non fosse, ingenuamente dovremmo confessare che non arriviamo a comprenderne il modo di azione. Ciò detto la conclusione è semplicissima, tanto nella nostra osservazione che in quelle dell' Aufrecht le iniezioni ipodermiche d' acido fenico doveano mostrarsi valevoli ad arrestare il corso invadente del morbo. Eppure nel nostro caso ciò non avvenne punto. Ma intralasciando, come non del tutto attinente allo scopo propostoci, quest' argomento e ritornando a quelle considerazioni che ponno essere fatte sull' andamento della temperatura, sento il bisogno, perchè meglio appaia la verità di quanto sarò per dire, di sottoporre all'esame di chi legge un tracciato termico (N. 7) che risguarda una puerpera a sua volta affetta da endometrite e resipela che dal suo punto d'origine agli organi genitali si estese poi a entrambe le natiche.

— In questo caso la cura instituita può essere compendiata nelle iniezioni endouterine e in una limonea emetizzata in principio di malattia e più tardi nel solfato di chinino, nel vino di Marsala e di china o nel collodion all'intorno della resipela.

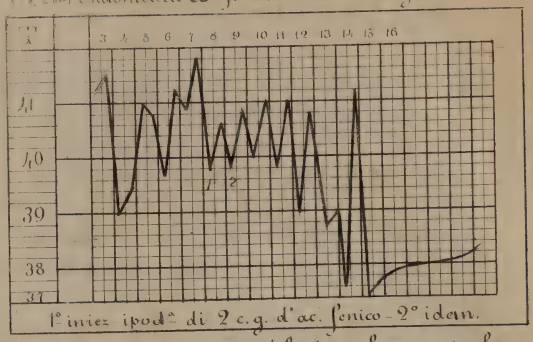
Orbene l'esame comparativo di questi due tracciati rivela una uniformità di decorso sorprendente. E valga il vero, le oscillazioni giornaliere nel caso e nei giorni in cui si fece uso dell'acido fenico per iniezione, presentano una irregolarità che fatta la parte alla relativa maggiore mitezza del processo, si trovano riprodotte abbastanza fedelmente nel tracciato 7.° Dissi abbastanza fedelmente, poichè vi potrebbe essere chi trovasse più accentuate le curve termiche del tracciato 7.° (da 1[2 a 2) in confronto a quelle dell'altro (poco più di 1); ma se non mi inganno grossolanamente, ciò non è troppo probabile, dappoichè tanto varrebbe fornirmi un argomento di più in favore della mia tesi.

Conchiuderò adunque col dire che pure usando nel corso della giornata di dosi d'acido fenico, che a scopo terapeutico non conosco sperimentatori che le abbiano sorpassate (4 centigrammi, 2 al mattino e 2 alla sera), i risultati furono affatto negativi.

Rimangono due altri casi, risgurdanti le osservazioni VII e VIII, in cui e per la mitezza della infiammazione in uno, e per la tumultuosa e passeggiera estrinsecazione dei fenomeni morbosi nell'altro, le iniezioni ipodermiche d'acido fenico per vero non ci hanno fornito risultati di un valore eguale a quelli più sopra accennati; ma pur tuttavia sia dall'esame dell'uno che dell'altro tracciato termico (8.°, 9.°, tavola II) ognuno potrà rilevare il fatto che la temperatura morbosa continuò pur sempre dopo le iniezioni e con essa immodificato si mantenne il decorso del morbo.

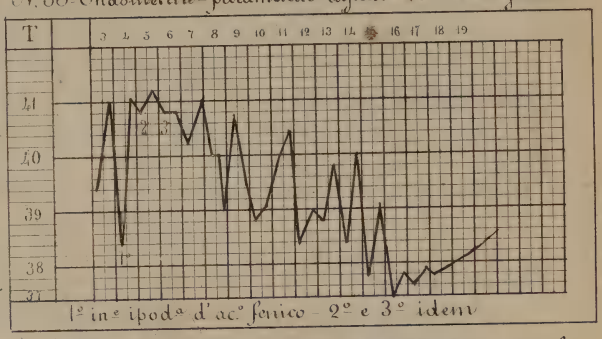
Una cosa ancora ed avrò finito. L'acido fenico in un solo caso venne usato quale unico soccorso terapeutico per 2 giorni; e in tutti gli altri contemporaneamente ad esso si fece uso, ora del bisolfato di chinina, ora del calomelano, ora delle effusioni fredde, nonchè delle irrigazioni endouterine di acqua fenicata e di cauterizzazioni coll'acido fenico. Pure a propo-

I N.° 28 Endometrite e disfenite vulvo vaginale



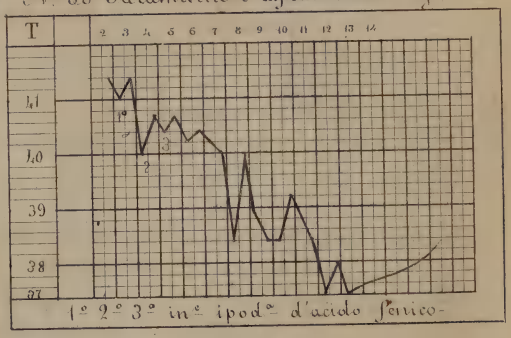
1.° iniez ipod.ª di 2 c.g. d'ac. fenico - 2.° idem.

II N.° 35 Endometrite - parametrite disferite vulvo vaginale



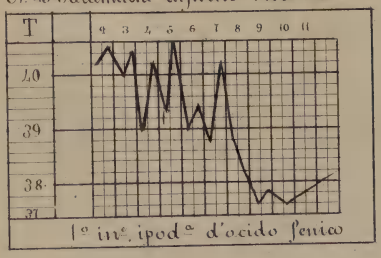
1.° in.ᵉ ipod.ª d'ac.° fenico - 2.° e 3.° idem

III N.° 38 Parametrite e disferite vulvo vaginale



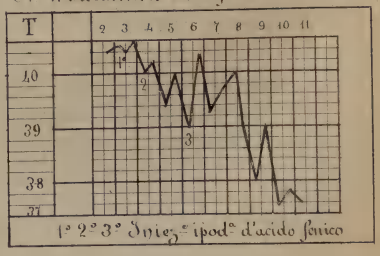
1.° 2.° 3.° in.ᵉ ipod.ª d'acido fenico -

IV N.° 45 Parametrite disferite vulvare



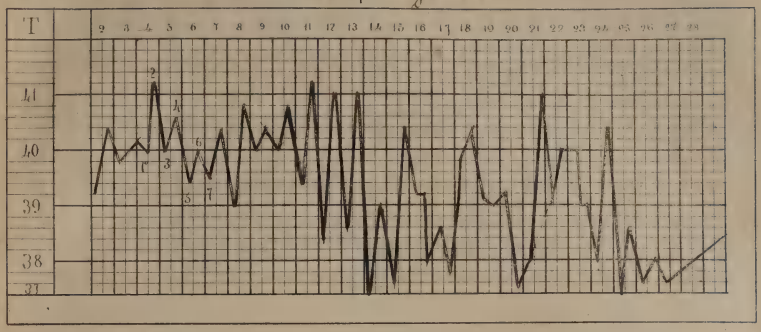
1.° in.ᵉ ipod.ª d'acido fenico

V N.° 47 Parametrite e disferite vulvare

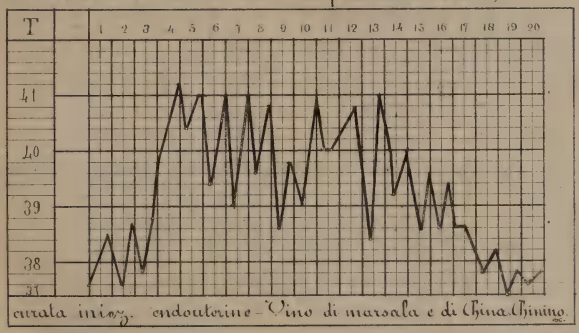


1.° 2.° 3.° Iniez.ᵉ ipod.ª d'acido fenico

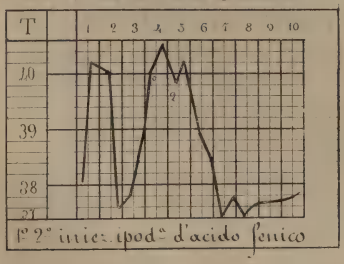
VI N.° 48 Endometrite Resipela grave all'arto addom.° sinistro



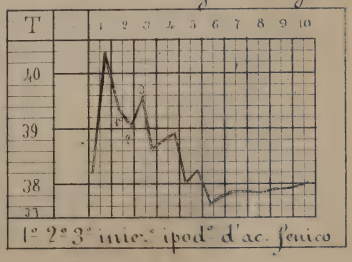
VII N.° 20-1874-Endometrite resipela alle natiche



VIII N.° 76 Endometrite Eczema acuto



IX N.° 91 Flemone del legamento largo destro



sito delle considerazioni da noi fatte non si tenne mai parola di questi altri soccorsi terapeutici; e ciò a bello studio dappoichè, e ci crediamo abbastanza sicuri nell'asserirlo, non sentimmo mai il bisogno di quell'appoggio che la semplice enumerazione di essi aggiungere poteva alle nostre conclusioni. — Conclusioni che noi riassumeremo in una sola. — L'acido fenico come rimedio antifebbrile si è mostrato destituito assolutamente di qualunque potere nei processi puerperali e perciò non merita maggior fede di tante altre sostanze che a volta a volta preconizzate finirono col ricadere in quell'oblio da cui non avrebbero mai dovuto uscire. — Giustizia vuole però che se teniamo per una parte a debito nostro di negare all'acido carbolico un valore qualunque quale rimedio antifebbrile, dall'altra si accenni pure al fatto che nessun danno mai abbiamo veduto derivare alle nostre malate dall'uso di detto farmaco, quando non si voglia ricordare un piccolo nocciolo di connettivo indurito quale residuo delle iniezioni ipodermiche.

Studi sopra l'azione del miasma palustre e del solfato di chinina: *del dott.* ANGELO MONTEVERDI, *medico-chirurgo-primario nell'Ospedale Maggiore Civile di Cremona. — Testo italiano con aggiunte.* (*Continuazione della pag. 589 del Volume CCXXIX*).

Mongellaz, che alla denominazione febbre intermittente sostituisce quella di irritazione intermittente, afferma, che ciò che la caratterizza, si è d'avere un'esistenza, corta, rapida, ordinariamente acuta, e di scomparire in tutto od in parte per un certo tempo. Per ciò crede che l'intermittenza non costituisce un fenomeno morboso; che non vi sono malattie necessariamente intermittenti e che il tipo intermittente esiste in natura al pari del tipo continuo. « È la stessa legge, dice Jourdan, che regola il ritmo dei tempi, l'armonia delle sfere ed il tipo delle malattie. » E relativamente alla cura, dice:

« l'esperienza ci ha provato che la china od il solfato di chinina, amministrati convenientemente nell'intervallo degli accessi, possono guarire la maggior parte delle malattie intermittenti, qualunque siasi la loro sede, la loro natura ed il loro tipo d'intermittenza. » Aggiungiamo però che il Mongellaz, proponeva diversi altri mezzi, fra cui le emissioni sanguigne, da impiegarsi simultaneamente alla china od anche prima per assicurarsi di sua efficacia (1).

Puccinotti, stabilisce due condizioni nelle febbri intermittenti perniciose, *l'idiopatia specifica e l'omopatia.* La prima, costituisce la condizione essenziale; è prodotta da un particolare principio, il miasma, è caratterizzata dalla periodicità, è vincibile dalla sola china, rimedio d'azione specifica; la seconda, è una condizione accessoria, che rende la febbre di natura composta e ne modifica la forma, dando luogo a quattro omopatie, la flogistica, la biliosa, l'atonica, e la scorbutica, ognuna delle quali, esige dei mezzi secondarii di cura, per combatterle (2).

Germi, riguardò la condizione patologica delle febbri intermittenti, come una flogosi del sistema sanguifero e più precisamente della vena porta; quindi credette dover essere antiflogistica la cura di queste malattie, ed utile la china, perchè oltre essere rimedio controstimolante, spiega nel tempo stesso un'azione elettiva sullo stesso sistema sanguifero (3).

Festler, ritiene flogistica la condizione patologica delle febbri intermittenti, con sede nel sistema sanguifero, offerente durante l'accesso quello stato patologico, conosciuto sotto il nome di *emormesi* o di *turgore vascolare* guaribile cogli astringenti. Crede la china dotata di questa proprietà, essendo efficace a correggere l'anzidetta condizione morbosa. Propone per i poveri in sostituzione del solfato di chinina l'allume e

(1) Mongellaz. « Monographie des irritations intermittentes. » Paris, 1821 et 1839.

(2) Puccinotti. « Della periodicità nelle febbri, causa e natura. » Pesaro, 1826. Opere mediche. Milano, 1855.

(3) Germi. « Riflessioni sulla periodicità e causa prossima della febbre intermittente. » Pisa, 1828.

la segale cornuta, siccome assai meno costosi ed ottimi astringenti (1).

A Kasan, provincia russa, straordinariamente fertile per le inondazioni del Volga, fiume che in certe epoche dell'anno straripa regolarmente come il Nilo in Egitto, dominano le febbri intermittenti che differiscono dalle febbri periodiche degli altri paesi, perchè il malato prova appena un lieve brivido ed è preso invece da violenti spasmi nella regione spinale e questi spasmi sono seguiti da un calore eccessivo e da intensa cefalalgia, mentre il polso batte come un martello. I medici russi non adoperano contro questa febbre nessun altro rimedio, tranne la china (2).

Rayer, dichiara, che le affezioni intermittenti per ciò stesso che intermettono, non sono riferibili ad altra classe di malattie all'infuori delle nervose, e la china essere rimedio atto per eccellenza a troncare gli accessi di dette febbri (3).

Roche e Sanson, ammettono che le febbri intermittenti sono prodotte da avvelenamento miasmatico, che irrita gli organi. Perciò insegnano di riscaldare l'ammalato durante il freddo, rinfrescarlo durante il caldo, favorire il sudore per eliminare porzione dell'agente morboso, e somministrare l'anti-periodico chinino, dotato in sommo grado della virtù di neutralizzare i miasmi (4).

Levi, crede, doversi in alcuni casi associare alla china l'uso dei rimedi antiflogistici, ed in altri, quello dei ricreanti e stimolanti (vino, oppio, laudano, etere). Riguarda questo farmaco, dotato in legger grado di azione corroborante ed eccitante, avente la facoltà di strozzare o sturbare il parossismo di quasi tutte le intermittenti, siano esse d'autunno o di primavera, d'indole infiammatoria od astenica (5).

(1) Festler. « Cenni intorno la condizione patologica delle febbri intermittenti. » Milano, 1833.

(2) « United service journal. » Jaa. 1833.

(3) « Dizionario classico di medicina. » Tom. 18, pag. 551 e 603. Venezia, 1834.

(4) Roche e Sanson. « Nuovi elementi di patologia medico-chirurgica. » Firenze, 1834.

(5) Levi. « Dizionario classico di medicina. » Tom. 18. Venezia, 1834.

Giacomini, considera le febbri intermittenti, quali malattie proprie dell'apparato circolatorio e d'indole assolutamente flogistica. « Con pieno convincimento, sono sue parole, pronunciamo essere la febbre intermittente una sub-flebite continua e lenta, a cui per intervalli, si accompagna una subarterite acuta; ed essere la febbre perniciosa una flebite acuta cui succede un artero-meningite, un artero-pneumonite veemente » (1). Perciò la febbre intermittente per Giacomini, è una malattia continua, nella quale soltanto alcuni fenomeni vengono interrotti. Ritenendo poi gli umori in generale di azione ipostenizzante, riscontra nel chinino un rimedio efficacissimo e pronto, non per un' azione propria e speciale, ma solo per la sua azione controstimolante od ipostenizzante. Conseguente alla sua teoria, egli non tralascia di praticare nello stadio algido il salasso ed il bagno freddo e di amministrare internamente il chinino a larghe dosi. Quanto all' azione speciale della china nelle febbri intermittenti, il Giacomini scrive nel 1835: « Un potere veramente magico esercita la china coi suoi preparati in quella (febbre intermittente) che ai pratici è piaciuto di chiamare legittima. Nelle altre febbri a periodo, in quasi tutte si mostrò essa pure valevole più o meno a sospendere il ritorno degli accessi » (2).

Merat e De-Lens, si compiacciono di avvertire la concorde persuasione dei medici circa il potere antiperiodico del solfato di chinina, il quale manca sol quando per errore si scambiano le febbri accessionali coi parossismi di una flogosi e gli esacerbamenti febbrili d' un male organico (3).

Maillot, designa sotto la denominazione di febbri intermittenti, le irritazioni dell' asse cerebro-spinale che sono accompagnate da febbre palesantesi sotto forma d' accesso. Coerente a questo principio insegna a curare le febbri inter-

(1) Giacomini. « Farmacologia. » Tomo, V, pag. 176. Padova, 1835.

(2) Giacomini. « Trattato filosofico-sperimentale dei soccorsi terapeutici. » Tom. III, pag. 270. Padova, 1835.

(3) « Dictionnaire universel de mat. méd. et de thérapeutique générale. » T. V, pag. 609.

mittenti con generose emissioni sanguigne e col solfato di chinina ad alta dose (1).

Capsoni, crede che vi siano altre sostanze febbrifughe da sostiuire al solfato di chinina nella cura della semplice febbre intermittente; ma nei casi gravi, pensa non si possa fare a meno di questo farmaco divino (2).

Laubert e Mérat, affermano che non tutte le febbri cedono all'azione del solfato di chinina. « Chi dice che la china guarisce le febbri, si esprime con poca esattezza. Il chinino non guarisce la febbre ma distrugge il suo genio intermittente. Più una febbre si approssima a questo tipo e più il chinino è operoso a combatterla » (3).

Pignacca, in una lettera diretta al dott. Namias, scrive: « Adunque i chinacei bisogna per forza trarli fuori dalla classe dei rimedi controstimolanti, dove non trovano un posto che loro convenga. Quale sia il vero posto dei medesimi forse lo sapranno i posteri. Basti per noi, che Iddio, quasi per confondere la superbia nostra, ci abbia lasciato scoprire un rimedio infallibile che in una maniera affatto arcana guarisce una malattia arcana del pari nell'intima sua natura » (4).

Namias, nei suoi *Studi terapeutici*, riassumendo in fine le molte cose dette circa l'azione della corteccia peruviana e dei suoi alcaloidi nelle malattie periodiche, fra le diverse illazioni, leggesi: che i morbi periodici di qualunque forma e da qualunque causa procedano, o vengono guariti dal solfato di chinina o depongono la propria forma o ne assumono una più mite; e che il solfato di chinina unisce all'anti-periodica una virtù eccitante (5).

(1) Maillot. « Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermitt. » Paris, 1836.

(2) Capsoni. « Sul clima della Bassa Lombardia », pag. 219. Milano, 1839.

(3) « Dictionnaire des sciences médicales. » Art. Quinquina, pag. 504.

(4) Pignacca. « Delle febbri intermittenti e remittenti, dominanti in Pavia nell'estate ed autunno dell'anno 1839 » (dal Giornale delle scienze med. chir. di Pavia, 1839).

(5) Namias. « Studi terapeutici. » Venezia, 1839.

Baruffi, conviene con quei patologi che ammettono essere il sistema dei nervi ganglionari primitivamente o precipuamente affetto nelle febbri intermittenti, e che la corteccia peruviana esercita sul detto sistema un' azione elettiva (1).

Geromini, basandosi sulla cognizione empirica del rapporto salutare o letifero dell' amministrazione od omissione della china, secondo che la febbre è continua od intermittente, ammise nell' umano febbricitare, due specialità: l' una, con andamento a tipo di continuità, in cui è dannoso il chinino; l' altra, con andamento di periodicità, in cui il chinino è sovrano rimedio. Crede poi, che l'esalazione palustre, nella gran maggioranza dei casi, sia la più propria od almeno la più frequente esteriore cagione, dell' affezione accessionale, ed il chinino attissimo a togliere quello stato di patimento da essa provocato, nel sistema nervoso che al ventricolo impera (2).

Leone, ritiene assai probabile che le febbri intermittenti abbiano sede nel sistema nervoso ganglionale, e che le alterazioni che si manifestano negli altri sistemi siano secondarie. Per esse, sovrano rimedio, è la corteccia peruviana, alla quale associa secondo le varie complicazioni, il salasso od i rimedi eccitanti (3).

De Nasca, riguarda le febbri intermittenti quali nevrosi periodiche del sistema gangliare, dipendenti da diverse cause atte a fare straordinaria impressione su questo sistema; ed in qualsiasi caso propone il solfato di chinina, come il più sicuro febbrifugo (4).

Celle, dichiara che tutta la famiglia dei morbi intermittenti forma una categoria essenzialmente diversa da tutte le altre: che le febbri intermittenti non possono ridursi a malattie dell' una o dell' altra diatesi: che la china non tronca

(3) Baruffi. « Sull'intermittenza. » Pavia, 1841.

(4) Geromini. « Saggi clinici » Cremona, 1837. « Dell' umano febbricitare. » Milano, 1841.

(1) Leone. « Memoria patologico-clinica sulle febbri intermittenti », 1841.

(2) De Nasca. « Sulle febbri periodiche di carattere, ecc. » Napoli, 1841.

le intermittenti nè stimolando, nè controstimolando; ma le arresta perchè antiperiodica, il che vuol dire che intorno alla sua meravigliosa azione non ne sappiamo più di quello che si sapeva ai tempi di Torti (1).

Vallenzasca, parlando dalla cura delle febbri intermittenti palustri della provincia di Venezia, così si esprime: « sotto l'uso degli emetici, dei purganti, delle locali e generali sottrazioni sanguigne, come di qualunque altra sostanza debilitante, la febbre, continua a dismisura nelle sue esacerbazioni mentre giovevoli riescono costantemente la china ed i suoi preparati, il vino, l'oppio ed i tonici tutti in generale (2). »

Folchi, sostiene che a generare le febbri intermittenti tanto ordinarie, come perniciose, non è necessario ricorrere a miasmi particolari, bastando l'umidità ed i cambiamenti repentini di temperatura atmosferica. Ammette, avvenga uno sconcerto nel sistema nervoso, e la necessità di ricorrere per la cura, ora a deprimenti, ora ad eccitanti, ed ora ai purganti, oltre il febbrifugo specifico (3).

Monneret, in un articolo riguardante le febbri intermittenti, descrive tutte le malattie febbrili ed afebbrili caratterizzate dall'elemento intermittenza. Ciònonpertanto, vi comprende le febbri continue, prodotte dai miasmi paludosi, e con ciò contraddice il principio fondamentale della sua teorica. Ma a noi importa di rilevare, che abbandonata la forma dell'apparato febbrile, ne considera soltanto l'intima cagione; e volendo classificare le febbri maremmane, che risanano mediante la china, ne formò un gruppo distinto, sotto il nome di *febbri da china*, comprendente tutte le febbri intermittenti tanto perniciose, come continue e *remittenti* (4).

(1) Celle. « Nuovi elementi di medicina eclettica. » Pisa, 1841.

(2) « Memoriale della medicina contemporanea » (fasc. di luglio ed agosto), 1842.

(3) Folchi. « Memoria seconda, sull'origine delle febbri perniciose in Roma e sua campagna. » Roma, 1845.

(4) Monneret. « Compendio di medicina pratica. » Parigi, 1843. Art. Febb. intermittenti.

Tommasini, ammette, senza darvi grande importanza, che le febbri d'autunno, dei luoghi paludosi e delle maremme, possano essere prodotte dai miasmi: afferma che le malattie intermittenti formano una categoria essenzialmente diversa delle altre, sebbene si possa osservare in esse la coesistenza di condizioni morbose comuni alle malattie continue: osserva che tutti questi svariati fenomeni morbosi si troncano con un rimedio solo, il solfato di chinina, d'azione arcana al pari della riproduzione periodica dei fenomeni morbosi intermittenti: e crede utile la consociazione d'altri rimedii alla china per curare le varie complicazioni morbose che accompagnano talvolta le febbri intermittenti (2).

Del Chiappa, ritiene le febbri intermittenti perniciose, il prodotto nè più, nè meno, di interne infiammazioni, non altrimenti che le comunali febbri, ed il solfato di chinina, un solenne controstimolante (3).

Verson crede che il miasma paludoso senza generare immediatamente la febbre intermittente, spiega una funesta influenza sul sistema ganglionare e segnatamente su quella parte di esso, che presiede alle funzioni dell'apparecchio digerente ed assimilativo. Ritenendo poi, che le febbri intermittenti non sono essenziali, insegna che si possono curare senza l'impiego dei chinacei ed unicamente coi mezzi richiesti dalla natura delle affezioni primitive. Ma in ciò egli non è strettamente logico, dappoichè dimentica tosto queste dichiarazioni, affermando poco dopo: che nei casi di perniciosa, devesi amministrare al più presto, una dose di solfato di chinina, maggiore di quella che basta comunemente a vincere le febbri intermittenti benigne (4).

Chomel, dichiarando che il movimento febbrile a tipo intermittente, vuolsi in generale avere come proprio e quasi

(2) Tommasini. « Sulle affezioni periodiche intermittenti febbrili e non febbrili. » Parma, 1845.

(3) Del Chiappa. « Annali universali delle scienze e dell'industria. » Milano, 1848.

(4) Verson. « Trattato di medicina pratica. » Vol. VII, p. 218. Venezia, 1844-52.

esclusivo delle febbri intermittenti essenziali o de' paduli, afferma che queste richieggono il solfato di chinina, il quale da solo, vale a debellarle (1).

Grisolle, ammette che si svolgono dalle paludi certi principi, che infettano l'aria e producono la febbre intermittente. Per la cura di queste, seguendo le idee di Wilson-Philips, insegna, di favorire il calore nello stadio del freddo, di eccitare il sudore in quello del caldo, ed a prevenire il ritorno delle febbri, consiglia unicamente l'amministrazione del solfato di chinina, che è il febbrifugo per eccellenza (2).

Graves, pensa che il chinino modifica il tipo delle febbri, e ritiene che il salasso nello stadio del freddo dia buoni risultati, non perchè diminuisce, secondo l'opinione della generalità, le congestioni sanguigne interne che si manifestano nei visceri; ma sebbene, più probabilmente, per quell'azione energica da esso esercitata sul sistema nervoso, azione che fa cessare i brividi e prolunga la durata dell'intermissione (3).

Polli, vede nel miasma un fermento e nella febbre intermittente una vera fermentazione del sangue. Secondo la sua teoria, i solfiti e gli iposolfiti alcalini, fruiscono di un potere antifermentativo, che se non uccide l'organismo fermento, dà però alla materia fermentescibile la facoltà di resistere alla forza distruttiva della fermentazione. Da ciò ne deriva la loro utilità contro le febbri intermittenti miasmatiche; ed oggigiorno, non pochi credono, che si possano sostituire ai preparati chinacei (4).

Selmi, crede che l'infezione per l'alga febbrigena, genera nell'organismo la fermentazione lattica; e che il chinino incontrandosi colle sporule febbrigene, perde la propria fluore-

(1) Chomel. « Elementi di patologia generale. » Vol. II, pag. 178. Trad. it. Milano, 1858.

(2) Grisolle. « Trattato elementare e pratico di medicina interna. » Trad. it. Livorno, 1853.

(3) Graves. « Lezioni cliniche di medicina pratica. » Trad. ital. Prato, 1864.

(4) Polli. « Del modo di comportarsi dei solfiti nell'organismo vivente ». « Annali di chimica », 1864.

scenza, ma nel tempo stesso impedisce la produzione della fermentazione anzidetta, facile a manifestarsi dopo esaurito il chinino. Ora siccome le manifestazioni morbose dell' infezione malarica per esso altro non sono che l' effetto della fermentazione lattica dei zuccheri animali, così il chinino, combattendo quesa fermentazione, giunge a vincere le manifestazioni malariche e conseguentemente anche le febbri intermittenti (1).

Niemeyer, ritiene che le febbri intermittenti sono prodotte dall'infezione del corpo avvenuta per opera del miasma palustre o della malaria. Non ammette alcun altro modo di generazione delle febbri intermittenti. Non crede che il chinino o qualsiasi altro farmaco, sia un antidoto infallibile contro la infezione per malaria; non è convinto, che l' azione del chinino è quasi infallibile contro il sintoma il più importante e pericoloso dell'infezione, la febbre. E siccome questo farmaco non mette al sicuro dalle recidive, afferma che la sua azione è piuttosto palliativa e sintomatica, che radicale. Spiega poi i casi in cui, amministrato il chinino, non occorsero recidive, col dire, che la sua azione palliativa durò, infino a che si spense il processo morboso. Nelle recidive, raccomanda l' uso continuato per qualche tempo del potente febbrifugo (2).

Tommasi, dichiara che il chinino è il supremo rimedio delle intermittenti palustri; però non crede che sia uno specifico, perchè tali febbri guariscono anche senza il chinino e si possono curare con molti altri rimedi (3).

Cantani, convinto dell'azione brillante, pronta e quasi sicura della chinina, contro qualsiasi specie di manifestazione dell'infezione malarica, crede che ciò dipenda dall' influenza che quest'alcaloide spiega sulla infezione malarica medesima. Quindi dichiara, che la chinina non agisce come mezzo antipiretico, nè come antitipico ovvero antiperiodico; ma sibbene quale rimedio antimalarico, vale a dire, come un mezzo spe-

(1) Selmi, op. cit.

(2) Niemeyer. « Trattato di patologia e terapia speciale. » Venezia. 1870.

(3) Tommasi. « Principii di terapia generale. »

cifico dell'infezione malarica, come una specie di antidoto del veleno malarico (1).

Chirone, concludendo « che il chinino sì sperimentalmente che clinicamente considerato, non ha alcun valore febbrifugo » afferma, che nella febbre da malaria, dove non cura la febbre in sè, ma l'infezione palustre che la sostiene, spiega un'azione antimiasmatica od antimalarica, secondo l'espressione di Cantani, non antifebbrile, nè antiperiodica. Infatti, egli dice, il chinino non calma i sintomi febbrili in atto, ed amministrato nell'apiressia, distrugge la causa patogenica e la febbre non viene; di più, vince l'infezione miasmatica, anche quando si presenta afebbrile. Perciò, crede col Semmola, che abbiasi di preferenza a dire specifica l'azione del chinino, volendo con ciò dinotare un fatto clinicamente assicurato e di cui non sa rendersi ragione (2).

Delieux de Savignac, in un articolo molto interessante sul chinino, dopo di avere dimostrato che questo farmaco spiega una minore azione deprimente sul polso, nello stato fisiologico di quel che nello stato febbrile, e che per di più tale depressione varia secondo la natura delle malattie febbrili ed è nulla durante l'accesso di una febbre intermittente, nota che tale farmaco spiega un influenza tutta speciale nelle pseudo-continue d'origine palustre, conosciute sotto il nome di *fièvres à quinquina,* sulle quali agisce durante il loro corso, abbreviandole, mitigandole, dividendole in accessi, e nell'intermittenza, mercè la sua potenza antiperiodica, viene ad ultimare l'opera

(1) Cantani. « Manuale di materia medica e terapeutica. » Vol. II, pag. 602, 603. Napoli, 1873.

Quest'idea del Cantani è basata sulla scoperta fatta da Salisbury, Balestra, Selmi, dell'alga febbrigena o del microfito malarico. Il chinino, veleno di moltissimi organismi infimi, sarebbe tale eziandio per l'alga febbrigena. E tanto più riescirebbe proficuo, perchè promuovendo la contrazione della milza, impicciolisce contemporaneamente quest'organo e lo libera del veleno malarico in esso accumulato.

(2) Chirone. « Sul valore febbrifugo della china. » Memoria premiata dalla Facoltà di Napoli. Napoli, 1872.

incominciata colla sua proprietà antipiretica. Dalle fatte osservazioni circa gli effetti del chinino sulla circolazione, ne conclude, che tale farmaco, è antipiretico, febbrifugo (1).

Schmidt, fra i processi tipici, colloca la febbre da malaria, sotto la di cui denominazione, comprende le febbri tutte originate dall'azione del miasma paludoso, che hanno di comune un certo tipo più o meno pronunciato negli accessi, non che l'ingrossamento della milza e del fegato e la formazione di pigmento scuro nel sangue. Queste febbri assumono, ora la forma di febbre intermittente ed ora quella di remittente, e si curano col bisolfato di chinino, da ripetersi per antivenire le recidive. Nei casi ostinati e ribelli, invece del chinino, raccomanda l'arsenico (2).

Per questa rapidissima rivista dei pensamenti di non pochi distintissimi medici d'ogni paese, comparsi pubblicamente nel periodo di oltre due secoli, si raggiunge la prova luminosa; che la china ed il solfato di chinina, sebbene proclamati secondo le varie opinioni, convinzioni e teoriche mediche, d'azione febbrifuga, accessifuga, corroborante, tonica, specifica, occulta, arcana, astringente, stimolante, stenica, iperstenica, controstimolante, astenica, ipostenizzante, elettiva, antiputrida, antimiasmatica, antiperiodica, antimalarica, antipiretica, antizimotica ed antifermentativa, contro-irritante, ipercinetica, ecc., desumendo queste proprietà, ora dall'effetto visibile ed ora dall'indole speciale del morbo combattuto; vennero ciònonpertanto dalla gran maggioranza dei medici considerati e ritenuti siccome i migliori e quasi gli unici farmaci posseduti dall' arte medica, per combattere le febbri intermittenti. Invano Baglivi, Ramazzini, Lieutaud, Reil, Portal, Rasori, Stoll, Rubini, Brera, Theussingen, Verson ed altri, avversarono chi più, chi meno, l'impiego della china nel trattamento delle febbri intermittenti! Invano furono proposti e celebrati in ogni tempo dei nuovi medicamenti, che dovevano

(1) Delioux de Savignac. « Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. » Art. *Quinine*, pag. 212. Paris, 1873.

(2) Schmidt. « Compendio di clinica interna. » Trad. ital. Torino, 1874.

sostituire i preparati chinacei. Nessuno ha potuto contrastare alla china la sua rinomanza; e se taluno di questi medicamenti, in qualche raro caso in cui era tornato inefficace il chinino, vinse la febbre, dimostrossi poi alla sua volta di nessun valore in moltissimi altri, nei quali invece il chinino riesciva utilissimo.

Caddero pertanto ad uno ad uno, tutti i surrogati della china e del solfato di chinina. Ed in vero, tutti quelli che furono proposti dagli autori, dobbiamo rintracciarli nelle rispettive opere, nessun altro ricordandoli nella pratica medica. Difatti sono dimenticati: il liriodendro tulipifero (Hildenbrand), il lichene parietino (Sander), il cotino (Zsoldos), la valeriana (Hacker), la cascarilla (Cullen, Werlhof), il tannino (Pezzoni, Chansarel), l'allume crudo (Boerhaave, Hartmann, Grunling), il dittamo bianco (Stork), la pastinaca (Schwenck), l'aglio (Klokow), l'oliva (Pallas), la fuliggine (Cullen), l'idroclorato d'ammoniaca (Stoll), il laudano liquido del Sydenham (Berryat), il pioppo bianco (Cottereau), la noce di galla (Reneaulme), il kermes minerale (Geoffroy), l'olio animale del Dippel (Werlhof), il salcio (Stone), l'agrifoglio (Russeau), il garofano domestico (Buchhave), l'arnica (Collin), l'ippocastano (Zanichetti, Lacroix, Della Torre), la scutellaria (Bäumlein), la datisea canabina (Marsigli), l'angustura (Merat, de Lens, Ewers), l'achras sapota (Brown), l'acqua di lauro ceraso (Stamler), l'emulsione di mandorle amare (Hufeland, Frank, Mylius), la segale cornuta (Melhausen, Festler), il pepe nero (Frank, Bartolino), la scoparia dolce (Humboldt), l'idrocianato di ferro (Hasse, Zollichkoffer), il calomelano (Vogel, Benvenuti), l'uvaria febbrifuga (Humboldt), la discaria febbrifuga (Luzuriaga, Ruis), il belzuino (Schwilgué), l'acido nitrico (Botta), il iodio (Villebru), il ferro (Marc, Martin), l'acido fenico (Frenlich), il hieracium pilosella (Casin, Miergue), il taxus baccata (Brera), l'essenza di trementina (Moreau), l'essenza di cajeput (Valentin), la cedrela febbrifuga (Horsfield), il cloruro di sodio (Larivière, Piorry), l'ipecacuana (Gianella), il physalis alkekengi (Dessaigne, Chaulard), l'ipoclorito di soda (Kletzinski, Munaret), l'acido arsenioso (Fowler, Pearson, Boudin) i semi del cedrone (Berton) il phellan-

drium (Chapoteau), il balsamo di copaive (Abeille), il prunus virginiana ed il cornus florida (William), il solfito di magnesia, il solfito e l'iposolfito di soda (Polli), l'eucalyptus globulus (Heller), ecc.

Nè corrisposero all'aspettativa i principii attivi estratti: dall'agrifoglio (ilicina), dal castagno d'India (esculina), dalla centaurea (centaurina), dalla genziana (genzianina), dal cardo santo (enicina), dal salice (salicina), dal pomo granato (granatina), dall'olivo (olivina), dal pepe (piperina), dalla magnolia (magnolino), dal bebeeru (bebeerina), dal buxs sempervirens, volgarmente martello (bussina), dal phisalis alkekengi (fisalina), dalla centaurea calcitrapa (calcitrapino), dall'achillea millefolium (achilleina), dall'apium petroselinum, prezzemolo, (apiol); non che gli altri alcaloidi della china, quali la chinidina, la cinconina, l'aricina, la paricina e la pitoxina pilossina.

Scaddero puranco, in confronto della china e suoi preparati, diversi altri febbrifughi composti, un tempo famosi, quali lo specifico di Morton, di Riverio, di Crolli, il febbrifugo dell'Audonio, il decotto del De-Haen, l'acqua amara febbrifuga della Farmacopea ferrarese, le pillole febbrifughe di Marc, il febbrifugo indigeno del Turchetti. le pillole di Barton, la polvere di Fontanelles, la decozione febbrifuga di caffè, ed altri non pochi medicamenti formati di varie sostanze, esclusi sempre i preparati chinacei.

Dal fin qui detto appare chiaramente, che le sostanze febbrifughe succedanee alla china, sono più numerose che efficaci. Ciònonpertanto tenendo calcolo dei risultati ottenuti e pubblicati in questi ultimi tempi, sembra che l'arsenico, dopo la china, sia il più attivo dei rimedi empirici; e che i solfiti e gli iposolfiti alcalini, si debbano essi pure annoverare fra i rimedi antifebbrili, sebbene la loro virtù terapeutica sia a ritenersi inferiore a quella dell'acido arsenioso.

Ma sul valore terapeutico dei chinacei, degli arsenicali e dei solfiti ed iposolfiti, riferiremo le conclusioni esposte dal dott. Faralli, dopo un'analisi imparziale ed assennata dei lavori pubblicati in argomento da non pochi Autori, nella sua

altrettanto dotta quanto interessante Memoria (1), che fu meritamente onorata di premio d'incoraggiamento dal R. Istituto Lombardo di scienze e lettere. Queste conclusioni, che acquistano un gran valore, per avere ottenuta l'approvazione di un illustre Corpo Accademico, sono:

« 1) Che non è dimostrato che le febbri intermittenti siano di natura zimotica.

« 2) Che però i solfiti, in molti casi, guariscono le febbri intermittenti, per quanto la loro azione non sia così pronta e costante, come quella dei preparati di china.

« 3) Che il loro modo di agire sembra dipendere dalle loro proprietà riducenti, piuttosto che dal loro potere antifermentativo.

« 4) Che il solo risultato dovuto ad essi, che è appoggiato da un maggior numero di osservazioni, è la maggior prontezza con cui sembrano combattere le fisconie addominali.

« 5) Che il loro uso troppo protratto ingenera un certo grado di anemia e favorisce quindi lo sviluppo della cachessia palustre.

« 6) Che la loro virtù profilattica, immaginata *a priori*, non è appoggiata da esatte osservazioni, come lo è quella del solfato di chinina.

« 7) Che nella cura delle febbri intermittenti, i solfiti sono di una efficacia inferiore a quella della china e dei suoi derivati, e che solo quando questi non siano riusciti, si può ricorrere ad essi.

« 8) Che i preparati arsenicali, ai quali conviene ricorrere assai raramente nella cura delle febbri miasmatiche, possono pure, meglio dei solfiti, venire utilizzati per combattere la cachessia palustre.

« 9) Che quindi dei tre metodi di cura comunemente adoperati contro le febbri periodiche, i solfiti e gli iposolfiti, manifestamente inferiori alla chinina tanto nella profilassi che

(1) Faralli. « Dei solfiti ed iposolfiti nella cura delle febbri intermittenti. » Milano, 1872.

nella cura, debbono anche venire considerati come meno efficaci dei preparati di arsenico (1). »

Quanto all'azione speciale del solfito di magnesia, paragonata con quella dei chinacei nel trattamento delle febbri intermittenti, riporteremo le conclusioni dei signori De Renzi, Maragliano e Ranieri, consegnate nella pregevolissima Memoria da essi presentata allo stesso R. Istituto Lombardo di scienze e lettere, Memoria giudicata degna di menzione onorevole, in occasione di quello stesso concorso, in cui riportava il premio il Faralli. Eccole:

« 1) Il solfito di magnesia è meno efficace dei chinacei e più efficace di tutti i succedanei dei chinacei, nel troncare il parossismo della febbre nell'infezione miasmatica.

« 2) Il solfito di magnesia è meno efficace dei chinacei, ed efficace come i succedanei dei chinacei, nel ridurre il tumore della milza.

« 3) Il solfito di magnesia è tollerato più dei chinacei; e per il suo poco costo, è il miglior succedaneo del solfato di chinina e di tutti gli altri preparati chinacei (2). »

Con ciò noi crediamo di avere sufficientemente dimostrato a mezzo della terapia seguita da medici valentissimi, che a debellare le febbri miasmatiche semplici, siano esse benigne o perniciose, oggigiorno, non vi ha rimedio più sicuro del solfato di chinina.

(*La fine al prossimo fascicolo*).

(1) Faralli. Op. cit., pag. 124.

(2) Relazione della Commissione del R. Istituto Lombardo di scienze e lettere pel conferimento del premio Cagnola pel 1872, sul tema: « dimostrare o confutare la efficacia curativa e preservativa dei solfiti ed iposolfiti alcalini e terrosi, nelle febbri intermittenti, comparativamente ad altri rimedii già conosciuti. »

Temperatura nelle malattie o Manuale di termometria medica; *del dott.* C. A. WUNDERLICH, *prof. di Clinica Medica presso l'Università di Lipsia. — Versione italiana del dott.* VINCENZO NAPOLITANI. *Napoli, 1873; 1 vol. in 8.° di pag. 452 con fig. ed atlante. — Estratto del dott.* PIETRO BOSISIO, *medico primario dello Spedale Fate-benefratelli in Milano a Porta Nuova.* (*Continuazione della pag. 612 del Volume CCXXIX*).

VII.

Valore diagnostico della misura unica termometrica.

Un'unica misura termometrica è sempre una guida imperfetta, insufficiente, perchè se può essere presa in un periodo che presenti dei caratteri termici decisivi, può altresì cadere in un momento nel quale la temperatura non offra alcuna indicazione importante. Però un' unica osservazione termometrica può valere per decidere, se un individuo sia probabilmente sano o sicuramente ammalato, o se simuli una malattia; può servire, per chiarirci sulla gravezza e sull'urgenza d'un repentino disordine generale che sussegua ad uno locale, per darci la chiave a diagnosticare una data specie di malattia e ad escludere la presenza di altre, e, quando avvalorata da altri sintomi e criteri, per guidarci nella diagnosi e nella prognosi. Se ad un' unica osservazione termica vuolsi dare una grande importanza pratica, bisogna evitare tutti gli errori che ponno derivare o dal termometro o dal metodo di esame; sia però detto a tranquillità dell' osservatore che l' errore d'uno o di due decimi non è di grave momento nè tale da alterare il valore pratico.

Tranne poche eccezioni le temperature dell'uomo (sano od ammalato) non superano la latitudine di 8 C.: il *minimum* della temperatura generale è ben più difficile a determinarsi del *maximum*. Nella pluralità dei casi, la temperatura del cavo ascellare ben chiuso, sorpassa i 35, ed è assai raro lo scorgere un abbassamento termico a 33 o 32. Nei casi isolati

di coléra nei quali alla superficie del corpo la temperatura era discesa a 26 ed anche più sotto, eravi luogo a credere per altre osservazioni consimili, che nel retto e nella vagina la termogenesi fosse più alta.

Il *maximum* di temperatura riscontrato fino al presente in un uomo vivo non ha superato positivamente i 44,75, grado da me osservato in un caso di tetano. Dopo morte si possono talora verificare delle temperature ancora più alte, come nel caso ora citato di tetano, la cui temperatura, 57 minuti dopo la morte, era salita a 45,375. Sono temperature eccezionali anche i 42,5, e 43,5, perchè nella maggioranza delle malattie, anche fra quelle che terminano male, la temperatura non eccede di solito i 41,5.

Una temperatura ascellare inferiore a 38 indica che all'istante dell' esame non eravi febbre: bisogna però riflettere, che quanto più la temperatura si accosta a questo limite, tanto più è probabile che in altri momenti, in quel medesimo individuo, la temperatura abbia raggiunto quel confine. Egli è in questi casi di temperature assai prossime alla febbre che importa ripetere le osservazioni, e porre mente, se la temperatura più vicina ai 38 si sia verificata di mattina, a digiuno, e dopo un lungo riposo, o piuttosto di sera, o verso mezzo giorno, o dopo un lauto pasto, ecc., perchè nel primo caso l' esistenza della febbre sarebbe ben più probabile.

Tutte le temperature che sorpassano i 38 sono sospette; la temperatura che tocca i 38,4 segna un legger movimento febbrile, quella che supera questo grado è positivamente febbrile. Nello stabilire se la febbre è o moderata, o forte, vuolsi anzi tutto aver di mira all'ora del giorno nella quale fu fatta l'osservazione. A gradi uguali la temperatura è tanto più importante a seconda che le osservazioni si istituiscono di mattina o durante le ordinarie remissioni.

Sonvi delle temperature che eccedono considerevolmente quelle delle febbri più gagliarde. Esse si presentano appunto in condizioni che non corrispondono a quelle dello sviluppo della febbre, perchè o mancano i soliti sintomi febbrili, o la loro intensità non è proporzionata alla straordinaria elevatezza della temperatura. Queste temperature sono chiamate *Iperpiretiche.*

Quando la temperatura supera i 41 C., può farsi il sospetto che non si tratti di una semplice febbre: se la temperatura oltrepassa i 41,5 il sospetto diviene certezza.

Questi gradi così alti di calore presentansi: 1.° in alcune malattie di sicura specificità, dipendenti senza dubbio da infezioni, come le febbri intermittenti da malaria nelle quali la temperatura può salire in breve tempo, senza pericolo, e fino dal primo accesso a 41 e più gradi; e le febbri ricorrenti, nelle quali il calore può arrivare a 42 e qualche decimo nei casi favorevoli:

2.° In alcune malattie benigne e che terminano colla guarigione si danno qualche rara volta temperature a 41 e più, temperature che precedono la crisi (*Perturbatio Critica*):

3.° In alcune malattie a carattere maligno ed infettivo, se non in tutte, in alcune chiaramente, quali il tifo, la scarlattina, il morbillo, la piemia, l'epatite parenchimatosa, la pneumonia maligna, la febbre puerperale, la meningite della convessità, le affezioni reumatiche mortali, nelle quali la temperatura raggiunge repentinamente alti gradi, durando però a tali elevatezze pochi giorni. Se il calore tocca i 41, piccola è la speranza di guarigione, e se ascende a 41,75 la morte è quasi sicura. È ancora questione se temperature così alte siano la causa o soltanto l'espressione del carattere maligno di queste malattie. Nei casi non essenzialmente febbrili durante le ultime ore della vita la temperatura qualche volta sale enormemente fino a toccare in breve ora 41, 42 e più oltre i 44. Ciò si verifica specialmente nelle affezioni del sistema nervoso centrale, che spesso prima dell'aumento della termogenesi era già gravemente affetto; ne sono esempi il tetano, l'epilessia, l'isterismo mortale, l'encefalite, la mielite, le affezioni traumatiche della midolla spinale. Non mancano però esempi di questo modo di comportarsi della temperatura in malattie che antecedentemente non presentavano disturbo di sorta del sistema nervoso.

Il *collasso* in sè stesso non è identico colla temperatura di collasso; perchè questa si può dare senza gli altri fenomeni del collasso e questi ponno esistere in mezzo ad alte temperature del tronco.

L'altezza assoluta di una data temperatura, quando non sia considerata in unione agli altri segni, può essere guida fallace nel diagnostico e nella prognosi. Gli estremi gradi di calore che sono comunemente i forieri della morte, in alcune malattie invece possono permettere una prognosi favorevole. Così nel tifo esantematico ed addominale si tollerano temperature più alte che nella pneumonite, nella scarlattina più alte che nel morbillo, nella febbre ricorrente più che in tutte le altre affezioni, sicchè in quest' ultima malattia la temperatura di 42 C., non offre quasi alcun pericolo mentre nelle altre la stessa non dà quasi alcuna speranza. Mader di Vienna cita il caso di un soldato paziente di febbri intermittenti seguite da emorragie copiose, da debolezza estrema, e venuto a salute mediante la trasfusione del sangue, nel quale la temperatura era salita a 43,3 (?). Lewich ricordò casi d' insolazione, venuti a guarigione, ne' quali la termogenesi era salita a 42,8. Dei molti ammalati da me curati e ne'quali la temperatura aveva raggiunto i 42,2 ne guarirono due soltanto di febbre ricorrente. È molto meno facile a determinare i limiti della temperatura bassa. Il limite più basso da me trovato ne' miei malati venuti a guarigione è di 33,5 con 62 battiti di polso (nel collasso di defervescenza in un caso di ileo-tifo). In tutti i gradi meno estremi di temperatura importa anzi tutto prendere in considerazione tutte le altre circostanze del caso. Nei bambini la temperatura ha lo stesso significato che negli adulti; ma in quelli le oscillazioni sono più rapide ed estese e nelle loro malattie febbrili si nota un precoce aumento ed un calore in media alquanto più alto che negli adulti. In essi la temperatura è modificata assai più prontamente e profondamente dalle influenze accidentali. Nei bambini una temperatura febbrile alta non ha l' istessa grave importanza che nella pluralità degli adulti; ed una temperatura che in questi ultimi accennerebbe ad un pericolo, nei bambini potrebbe presentarsi in un' affezione di breve durata come in un accesso di febbre effimera che è tanto frequente in questa età. Nei bambini, in alcuni stadi di una malattia, si trovano talora delle temperature elevate, nei quali stadii di solito gli adulti presentano una temperatura quasi nor-

male; ciò si verifica altresì nelle loro convalescenze e dopo forti esercizi muscolari.

Nei vecchi all'incontro, in istato di malattia, si offrono delle temperature che mantengonsi per 1|2 fino ad 1 grado intero al disotto dell'altezza media od anche dell'altezza minima di quella presentata dai giovani ammalati dell'istessa affezione. In media dal 40.° al 50.° anno di vita si manifesta nella pluralità degli uomini questo carattere senile della termogenesi, carattere così costante, da bastare esso solo a svelarci l'età del malato.

La temperatura nel maggior numero delle donne, non meno che negli uomini di costituzione gracile e di apparenza femminile, si comporta come nei bambini; cioè osservansi brusche, alte e diuturne elevazioni termiche in seguito a cause frivolissime.

Le ore del giorno nelle quali è osservata la temperatura influiscono sul valore diagnostico della stessa. Non bisogna inoltre scordarsi che essa durante la digestione si eleva assai più negli ammalati che nei sani, che il trasporto d'un malato può fare alzare od abbassare la sua temperatura; circostanze tutte che voglionsi aver di mira quando si vuole fare un'unica osservazione.

Prima di tirare delle conclusioni da un unico esame termometrico, importa assai di riflettere attentamente all'accordo od al contrasto che esiste fra la temperatura e gli altri sintomi. Per dare il giusto valore alle relazioni della temperatura cogli altri sintomi è d'uopo considerare che tali relazioni vicendevoli ponno essere molto differenti:

a). La temperatura stessa può venire alterata da una malattia di un organo che per sè stesso fornisce dei fenomeni più o meno marcati: *b*). le alterazioni termogeniche e molti altri sintomi sono il risultato comune di una determinata causa, p. e., di un'infezione di un'intossicazione ecc., *c*). le alterazioni di temperatura, specialmente le alte e diuturne, inducono per sè stesse dei disturbi funzionali non solo ma anche delle alterazioni tessiturali. Inoltre non è a dimenticarsi che non esiste un esatto parallelismo fra la temperatura morbosa alta o bassa ed i sintomi speciali, e che empiricamente

le più importanti indicazioni, massime in riguardo al sistema nervoso, coincidono più coi rapidi cambiamenti di temperatura, che col continuo eguale decorso della stessa. Se la termogenesi è in armonia cogli altri sintomi e colla diagnosi dedotta da loro, essa è la conferma più decisiva di quest'ultima, e se invece la temperatura elevata contrasta cogli altri fenomeni morbosi è d'uopo dare a questa maggior peso. Nel caso poi che la temperatura fosse meno alta di quello che la farebbe supporre l' intensità degli altri sintomi, si verifichi anzi tutto il risultato termometrico, poscia si tenga calcolo di tutte quelle influenze accidentali, terapeutiche e simili, che potessero deprimere la temperatura e dar risalto alle altre manifestazioni morbose, ed inoltre si volga l' attenzione al tipo ed allo stadio della malattia; e non di rado accadrà di trovare la cagione di questo disaccordo, o nell'esistenza d'uno stadio avanzato, o nel modo speciale di svilupparsi d'un dato morbo, o nell' imminenza d' un collasso.

Se il calore normale o lievemente abnorme, ed i sintomi subbiettivi invece sono assai pronunciati, havvi luogo a sospettare un'esagerazione od una simulazione per parte dal malato: ma se nel mentre lo stato subbiettivo dell'infermo è soddisfacente, notasi una termogenesi assai alta bisogna inferire, che il processo morboso sia assai grave ed esteso (tifo od altra malattia da infezione). Talora osservasi nel momento di una crisi favorevole di gravi malattie febbrili la strana coincidenza di un malessere generale con una temperatura normale o subnormale. Questo fatto, che si avvera specialmente quando la defervescenza degenera in collasso, annuncia di solito l'esordire della guarigione.

Frequentissimo è il contrasto fra la *temperatura* e la *frequenza del polso*, benchè di solito una temperatura lievemente febbrile coincida con un polso a 80-90, un calore modicamente febbrile con un polso da 90 a 108, una termogenesi considerevolmente febbrile con 108 fino a 120 battiti, ed in una febbre intensissima le pulsazioni superino i 120.

Nei bambini, nei soggetti delicati, nervosi, questo rapporto è essenzialmente differente, e la frequenza del polso in generale è molto più considerevole.

Alle volte manifestasi un grande contrasto fra la temperatura ed il polso; il che molto spesso succede ai miglioramenti di temperatura, mentre quando questa esacerba, non di rado è preceduta da aumentata frequenza del polso.

Un polso piuttosto lento in confronto del grado di calore è segno favorevole, indicando una calma nel sistema nervoso.

Un polso tardo coincidente con una termogenesi elevata, addita una alterazione spinale, una pressione cerebrale, l'effetto di qualche narcotico deprimente, la presenza di principii biliari nel sangue ecc.

Un polso all'incontro frequente unito ad una temperatura bassa, dinota una complicazione da parte dei visceri del petto e del ventre.

Il *numero delle respirazioni* non corrisponde così esattamente per minuto, come la frequenza del polso. Nel collasso osservasi di spesso (non sempre) un respiro frequente: lo stesso durante la febbre dei fanciulli. Nelle febbri moderate degli adulti il numero delle respirazioni sale a 20 incirca per minuto; nei fanciulli a 40 e 50. Nelle febbri intensissime in molti casi senza che sieno lesi gli organi del respiro, si ponno avere da 30 fino a 60 respirazioni: durante ogni movimento del corpo la frequenza del respiro cresce nei febbricitanti.

Fra la *temperatura* ed i sintomi *cerebrali* ora rimarcasi un certo parallelismo ed ora un contrasto. I sintomi cerebrali che accompagnano le febbri sono leggieri negli adulti, gravi invece nei fanciulli e nei vecchi. Il delirio negli adulti si manifesta nei gradi più alti della febbre: se esso occorre a temperatura bassa è sintomo d'una malattia cerebrale. Quando la temperatura sta per discendere come nel collasso o nella defervescenza talora insorgono accessi maniaci che non hanno di solito un significato grave. Sintomi cerebrali simili ponno presentarsi anche nel collasso dell'agonia; ma in tali casi a dar loro il giusto valore il pratico è sussidiato da diverse altre manifestazioni patologiche.

Valore del risultato di un'unica misura termometrica in un individuo considerato sano. — Le oscillazioni termiche che si trovano nei sani sono lievi: però la temperatura non di rado aumenta durante la mestruazione, il puerperio, l'al-

lattamento, la dentizione, la rapida crescenza, le fatiche corporee, le depressioni morali ecc.

La stabilità della termogenesi in mezzo a queste condizioni è una grande garentia dei poteri di resistenza dell'organismo. Una temperatura subnormale in un individuo apparentemente sano fà sospettare che o una sfavorevole influenza abbia agito su di lui, o che l' organismo in apparenza sano soffra un disturbo; la deviazione della temperatura più comune a trovarsi nei soggetti sani è la subfebbrile ed indica almeno una suscettibilità morbosa. Nei fanciulli, e più specialmente nei bambini queste temperature ponno dipendere da influenze esterne, quali i movimenti eccessivi ecc., ma negli adulti, e più ancora se robusti, queste oscillazioni termiche dinotano una lesione latente ed invitano all' esame dei polmoni, del cuore ecc., ed alla ripetizione degli esami termometrici ed uroscopici.

Significato di un' unica osservazione termometrica nelle indisposizioni apparentemente leggiere. — Una temperatura normale dà piena conferma al diagnostico di una leggiera indisposizione: egli è però ottimo consiglio il ripetere le osservazioni a breve distanza, massime nelle ore delle esacerbazioni.

Anche una temperatura subnormale o subfebbrile non è indizio di grave malattia quando l'osservazione non sia fatta sul principio della indisposizione: ma appena che la temperatura acquista un'altezza febbrile è duopo raddoppiare di vigilanza, benchè nei fanciulli, nelle donne, nei tisici questi risalti di temperatura possano essere transitori. Un'eccessiva elevazione termica deve sempre metterci in guardia sull'imminenza di una grave affezione ed obbligare a letto e far sorvegliare il malato.

Ben di rado è possibile diagnosticare colla termometria una affezione febbrile nel suo principio. Se la temperatura è normale o modico il calore febbrile, si può con sicurezza escludere una polmonite cruposa lobare, un vaiuolo, una scarlattina ed anche il tifo se la stessa è normale di sera. Se il calore invece è intenso ed accompagna gli altri sintomi, l' ámbito delle affezioni possibili è abbastanza grande: esantemi, ton-

sillite, pneumonia, pleuritide, febbre intermittente, effimera, piemia, meningite della convessità, tifo esantematico; però con gran sicurezza si può escludere l'ileo-tifo, la grippe, il catarro intestinale od il reumatismo articolare acuto.

In molti casi il diagnostico di una malattia acuta è ancora dubbio nella prima metà della prima settimana: tutt'al più la termometria in molti casi può dare con un'unica misura qualche appoggio alla diagnosi.

Le temperature sub-normale e di collasso si presentano soltanto nella diarrea, nel coléra, nell'emorragie, nelle perforazioni intestinali, nella gastrite tossica, ecc.

Se nei primi giorni e verso sera la temperatura è normale, è giustificato il sospetto di febbre intermittente ed escluso l'altro di ileo tifo, di esantemi acuti, ad eccezione però del morbillo, della rosolia e del vaiuolo. Un'affezione catarrale, il morbillo, la pleuritide, la tubercolosi acuta, la meningite granulosa ed un reumatismo acuto ponno presentarsi con una temperatura normale al mattino. Le temperature subfebbrili e quelle dinotanti un lieve movimento febbrile hanno quasi il medesimo significato, soltanto che incontrandosi nel primo o nel secondo giorno di malattia fanno sospettare un ileo-tifo, o precedono una eruzione cutanea acuta od accompagnano un'affezione catarrale e reumatica. Una temperatura altissima constatata nel primo o nel secondo giorno di una piressia e molto più se di mattino rende improbabile l'esistenza d'un ileo-tifo, o per lo meno prova che essa ha insolitamente precorsi gli altri sintomi.

Riassumendo; una misura termica isolata presa nei primi giorni la quale indichi una febbre assai intensa non rivela la natura del processo, ma solo può far presentire la gravezza del male, quando si possa escludere il sospetto d'una febbre intermittente.

Nella seconda metà del primo settenario d'una malattia febbrile, quali la febbre prodromica e prolungata di un'esantema, il tifo, l'ileo-tifo, la febbre ricorrente, la pneumonite, la grippe forte, la bronchite, la tubercolosi miliare acuta, la meningite tubercolosa ecc., una misura termica isolata non può offrire che scarsi criteri per decidere un diagnostico ancora incerto. Se però la misura unica rivela una temperatura se-

rotina o normale o subfebbrile o moderatamente febbrile, si può essere sicuri che non si tratta nè di tifo nè di ileo-tifo: se ci dinota una forte febbre, si allontani il sospetto di una meningite tubercolosa: se ci si presenta una temperatura iperpiretica, il sospetto cada su di una febbre periodica o su di una malattia da infezione di cattiva indole.

Quando irrompe un'esantema, a carattere non bene deciso, se la temperatura, che prima era piuttosto alta, s'abbassa, trattasi di vaiolo: se il calore è normale, non è che un vaiuoloide: se la temperatura, prima modicamente alta, cade alquanto, è segno di un'esantema sifilitico: se infine una temperatura si mantiene alta anche dopo la comparsa d'un esantema, significa che trattasi o di morbillo, o di scarlattina o di tifo.

Un'osservazione isolata termometrica può anche durante il corso ulteriore di una malattia febbrile essere di grande valore: essa può qualche volta confermare un diagnostico, può togliere un dubbio, può decidere sulla gravezza d'una malattia, indicare le sue modalità, le sue complicazioni ed i suoi pericoli. Non è però mai abbastanza ripetuto, che per dare un giusto peso ad una singola misura termometrica bisogna essere al fatto del modo di comportarsi della termogenesi in ciascuna malattia, e che una singola misura termometrica può dare esatti giudizii solo quando siansi attentamente esaminati tutti gli altri sintomi della malattia.

Una temperatura serotina di 39 C. verificatasi fra il terzo ed il decimo giorno di un'affezione febbrile, depone in favore di un tifo. Temperature di mattino che si avvicinano a 40 od anche serotine di 41 nell'ileo-tifo e nel tifo sono segni di uno stato grave e pericoloso, che diviene peggiore se i sintomi di collasso sono accompagnati da calore assai alto del tronco. Nel periodo avanzato di queste malattie una temperatura normale di mattino non è mai una prova che la febbbre volga al suo fine.

Nel morbillo, e ad un tempo più tardo, nella scarlattina, una temperatura che continua ad essere febbrile anche dopo incominciato l'impallidimento dell'eruzione, annuncia l'imminenza d'una complicazione: e questo stesso sintomo nel vaiuolo

è foriero della febbre suppurativa, non che delle complicazioni.

Nella vera pneumonite cruposa lobare, la temperatura una sola volta trovata normale o subfebbrile, non è prova che il processo sia finito. Ogni temperatura altamente febbrile nella pneumonite è sintomo sempre grave, molto più se presentasi dopo la 6ª giornata. Non dimentichisi però che talvolta un forte aumento di calore precede la crisi favorevole. In un periodo ulteriore di questa malattia, una temperatura normale o subnormale è foriera di risoluzione, a dispetto anche della persistenza di altri sintomi gravi.

Nella risipela della faccia una persistente temperatura febbrile annuncia un'ulteriore sua diffusione od una vicina complicazione.

Nella grippe e nella bronchite le temperature febbrili mattutine, ed assai più se a periodo avanzato, indicano la diffusione della malattia ai bronchi più piccoli, la sopravvenienza della polmonite, ed il subdolo deposito di tubercoli miliari. Ogni temperatura febbrile nel 2° periodo d'una ipertosse annuncia una complicazione.

Un'unica osservazione nell'artrite acuta è di nessuna pratica utilità, a meno che ci faccia rilevare un'assai alta temperatura, la quale indica un pericolo.

Un'alta temperatura durante la meningite addita esserne sede la convessità del cervello: una temperatura invece apiretica è propria della meningite granulosa della base. Nella meningite cerebro-spinale si ponno verificare tutte le altezze di temperatura.

Una termogenesi alta indica sempre un grave pericolo nella pleurite, nella pericardite, nella endocardite, nella peritonite, nel mentre che una temperatura apiretica o quasi apiretica non assicura mai un pronostico favorevole.

Se in un paziente di catarro gastro-enterico che non sia mai stato esposto ad infezione di sorta, un'unica osservazione termometrica rivelasse un'alta termogenesi, si potrebbe fare il sospetto di febbre tifoidea, sospetto che diverrebbe certezza, quando ripetendosi l'esame termometrico, si ottenesse ancora un'alta temperatura.

La diagnosi di febbre intermittente è dubbia se la temperatura al finire dello stadio del freddo od al principio dello stadio del calore non tocca o sorpassa i 41 C. e se durante l'apiressia non è normale. La febbre non è finita se la temperatura si mantiene febbrile benchè siano cessati tutti gli altri sintomi.

Le osservazioni termometriche isolate nella *defervescenza* non danno risultati sicuri se si eccettui, che una temperatura bassa serotina proverebbe lo stato di apiressia. Sul finire della febbre nelle malattie gravi la temperatura nei soggetti deboli e sensibili di spesso s' innalza per ore ed anche per giorni oltre i limiti normali, e di spesso anche discende si basso da allarmare; però questo collasso quanto più è vicino alla crisi tanto meno è pericoloso.

A malattia terminata e nella vera convalescenza la temperatura torna normale: ponno però occorrere delle passaggiere temperature da collasso. Le semplici temperature subnormali, se non dinotano un pericolo, significano che la convalescenza non è ben stabilita e che la nutrizione è insufficiente. La mobilità della temperatura durante la convalescenza fa dubitare che questa sia perfetta.

Sviluppandosi in un convalescente una temperatura febbrile, se ne troverà la causa o in un disordine dietetico, massime da un uso prematuro della carne o delle bevande spiritose, od in un troppo eccessivo esercizio muscolare, od in una coprostasi, od in un progresso parziale del processo morboso, o nell'insorgenza di una complicazione o di una nuova malattia. In questi casi una misura unica non ha alcun valore decisivo, ma dovrebbe servire a svegliare l'attenzione del pratico.

Un'unica osservazione termometrica fatta nel momento in cui una malattia febbrile sembra piegare a male può decidere se l'esito letale è o no imminente. Nelle malattie per loro natura apiretiche il constatare anche per una sola volta un forte aumento di temperatura è un segno di speciale importanza, che nelle affezioni del sistema nervoso (epilessia, corea, isterismo, tetano, nevralgia, apoplessia) potrebbe annunciare l'insorgenza di un nuovo disturbo febbrile o l' imminenza di un esito letale. Nell'ittero un'alta temperatura è sempre molto

sospetta. Nelle malattie accompagnate da vomiti, da diarrea ed in genere da collasso, la temperatura febbrile del tronco è il preludio della reazione. Nelle malattie precedentemente apiretiche il farsi di nuovo febbrile della temperatura può indicare una esacerbazione od una complicazione.

Una sola misura serve a nulla pel diagnostico di una malattia cronica febbrile, ma può scoprire delle temperature da collasso le quali hanno un'importanza maggiore che in un caso acuto.

VIII.

Oscillazioni giornaliere della temperatura negli ammalati.

Nelle malattie la temperatura subisce delle variazioni nel corso della giornata. Le fluttuazioni quotidiane della temperatura fisiologica si fanno più marcate nelle malattie. La temperatura d'un malato varia da 1 a 1 1[2 nelle 24 ore; ma può presentare delle oscillazioni di 5 fino a 6 ed anche più. Una temperatura alta con variazioni quotidiane però lievi assai, è indizio di malattia grave e lunga. Le oscillazioni quotidiane nei malati ponno essere di diverse specie, e nei diversi individui affetti d'una stessa malattia, presentano diversa forma; peró s'accordano in alcuni punti e sono regolati da leggi fisse. Queste fluttuazioni rappresentano un'ondulazione formata di ascese e discese, e la fluttuazione giornaliera è una curva con 1, 2 ed anche più elevazioni. Per riconoscere tali oscillazioni sono necessarie, secondo i casi speciali, da due fino ad otto misure quotidiane e prese durante le massime esacerbazioni e remissioni.

Il valore medio di tutte le temperature di un giorno, od anche la media fra il *maximum* ed il *minimum giornaliero* è la *temperatura media del giorno*. La *differenza giornaliera* è l'ampiezza delle escursioni fra il maximum ed il minimum della temperatura d'un giorno. Le elevazioni della temperatura al disopra della media del giorno sono dette *esacerbazioni giornaliere* e *remissioni giornaliere* ogni abbassa-

mento in sotto della temperatura media. Il punto culminante della esacerbazione è detto *acme*: l'esacerbazione dicesi *acuta* se la temperatura appena toccato l'acme tosto discende; se resta alta per lungo tempo, esacerbazione meno acuta; a *sommità troncata* se dura per qualche tempo sull'acme; a *due o tre punte* se presenta due o più cime interrotte da leggieri abbassamenti, la più alta delle quali è il *maximum dell'esacerbazione.* Quando durante la giornata si sono avute diverse esacerbazioni, i *massimi* di esacerbazioni non coincidono col *maximum giornaliero.* Nella remissione la punta più bassa dicesi *nadir della remissione*: se nella medesima giornata si presentano diverse remissioni la punta più bassa corrisponde col *minimum giornaliero.* Chiamasi ciclo di esacerbazione il tempo che la temperatura impiega a salire oltre la media quotidiana ed a ridiscendere al medesimo punto; come dicesi ciclo di remissione il tempo impiegato dalla temperatura a discendere oltre la media giornaliera ed a risalire fino ad essa. Tostochè la temperatura dal nadir comincia ad elevarsi, allora ha principio l'ascensione quotidiana, la quale può essere od uniforme od irregolare ed interrotta, ora lenta ed ora rapida. La discesa quotidiana comincia dal punto ultimo della esacerbazione e può essa pure essere od uniforme, od irregolare ed interrotta, lenta o rapida. In uno stesso giorno si ponno avere due o tre esacerbazioni e quindi anche delle remissioni mattutine, meridiane e vespertine.

La fluttuazione quotidiana dipende, dalla natura della malattia, dalla sua gravezza, dallo stadio, dalla regolarità od irregolarità od altre particolarità del suo decorso, dai miglioramenti od aggravamenti, dall'insorgenza di complicazioni o d'accidenti speciali, dal progresso verso la guarigione o verso la morte, dall'idiosincrasia dell'infermo, da influenze accidentali esterne, e dagli agenti terapeutici. Benchè siano molto complesse le modalità delle oscillazioni giornaliere, pure esse ci forniscono delle preziose indicazioni.

L'oscillazione d'un solo giorno può bastare qualche volta a determinare il grado d'intensità di una malattia e lo stadio di alcune di esse: ma per stabilire una diagnosi, una prognosi, per conoscere le migliorie od i peggioramenti d'uno stato

morboso, l'azione di cause accidentali, o di agenti terapeutici, la comparsa di complicazioni, è mestieri porre a confronto per più giorni di seguito le variazioni e le ripetizioni di questi giornalieri oscillamenti.

Conclusioni della temperatura media del giorno. — Bisogna anzitutto distinguere le oscillazioni ad un *livello* od *alto*, o *medio*, o *basso*. Mentre il livello medio dell' oscillazione giornaliera nei sani è di 37, nei malati di rado è così basso, ma di solito invece è più o meno alto. L' oscillazione quotidiana è al disotto del livello medio nel coléra, in alcuni collassi, nel periodo avanzato di alcune malattie con ricorrenti discese di temperatura, e di passaggio anche nella defervescenza.

La media del giorno dà anzitutto delle indicazioni precise riguardo al grado della febbre. Nella febbre moderata la media giornaliera non eccede i 39: in una febbre più forte oscilla dai 39 ai 40, come nella febbre a forma remittente la cui media è di 39 a 39,5 e nelle continue la cui media è di 39,5 a 40; da ultimo in una febbre gravissima la temperatura media sorpassa i 40. Su questi dati termometrici s' appoggiano molte e serie induzioni diagnostiche e prognostiche.

Questa temperatura media che supera i 40 la si rinvenne nelle febbri perniciose, nel fastigium dell'ileo-tifo e del tifo esantematico, nelle febbri ricorrenti, nelle gravi polmonie; ed in queste affezioni è possibile ancora la guarigione: ma in altre malattie la presenza di una simile temperatura media può essere indizio di morte vicina.

Una media quotidiana considerevolmente febbrile (39-40) accompagna sempre le piressie intensamente svolte ed il *fastigium* delle infiammazioni: essa poi merita attenta considerazione quando la si riscontra nei catarri, nel reumatismo poliarticolare acuto, nella meningite cerebro-spinale, nelle nevrosi, nello stadio post-colerico del coléra, nella trichinosi, nella difterite, nella pleurite ed in tutte le affezioni sospette per tubercolose o tisiche.

Una media moderatamente febbrile (39) può avere un significato differentissimo: è presente nel periodo d'incubazione, nel periodo iniziale, e nel periodo critico delle febbri conti-

nue e remittenti: non manca mai in quei casi nè quali la temperatura nel corso d'un giorno discende da un'altezza notevole ad una normale o ad essa inferiore, come nel collasso, negli abbassamenti di temperatura per influenze potenti non compensati ecc., nell'infiammazione delle sierose o delle mucose, nell'agonia, massime quando è indotta da compressione cerebrale, da inanizione, da anemia e da asfissia.

Quando la media giornaliera venne influenzata da diverse circostanze o dalla terapia molto attiva, vuolsi essere assai cauti nello stabilire il suo valore.

La *differenza giornaliera* o l' *ampiezza* dell' escursione tra il massimo ed il minimo del giorno, può variare moltissimo e può avere anche ad un numero eguale di gradi un significato vario a misura che la media del giorno è nel tempo stesso alta o bassa. In una media giornaliera di 37, le escursioni del giorno di 1 sono di nessuna importanza: ma l'escursione di 1,5 è sospetta. In una media giornaliera di 37,5 le escursioni di 1 indicano già un disturbo, quelle di 1,5 dinotano una malattia quand'anche non sempre distintamente febbrile.

La *differenza giornaliera* acquista maggiore importanza, quanto più la temperatura media quotidiana si fa alta. Se, fissata per media i 38,5 la differenza è minore di 1[2 havvi febbre *continua*, *subcontinua* se la differenza è minore di 1. La febbre dicesi *remittente* quando la differenza è più considerevole, specialmente allorachè il minimum giornaliero nel medesimo tempo non mostra di eccedere i 39,5. Se il minimum del giorno mantiensi alto e nelle esacerbazioni viene superato soltanto di 1' incirca, è indizio di una febbre molto alta, ma non di tipo remittente e nella quale ancora non vi è segno d'un termine favorevole: un tale decorso è distinto colla frase di *oscillazioni giornaliere esacerbanti.*

Se il minimum giornaliero raggiunge la temperatura normale, si ha una vera *intermissione*, indizio di una forma remittente, quasi mai di una forma intermittente, la quale non è ammissibile anche quando in un' esacerbazione assai alta il grado più basso discende al di sotto del calore normale in cui le differenze giornaliere ponno raggiungere i 6 e più. Un

tale decorso indica un collasso che può essere anche soltanto un eccesso di remissione o di una vera intermissione che può occorrere anche in una febbre continua. Le vere *intermissioni* od *intermittenze* sono quelle in cui tutti i sintomi febbrili fanno sosta e che ritornano a forma parosistica: e la loro diagnosi non può essere fatta che da un'osservazione termometrica continuata per tutto il corso della malattia. (Vedi capitolo seguente).

La presenza di remittenze durante l'altezza di una malattia annuncia un miglioramento ed il suo passaggio in convalescenza, la quale ultima è confermata se la remittenza continua con aumento delle differenze quotidiane: se ha luogo l'opposto sono vicine o la recidiva od una complicazione.

Se la differenza diviene sempre maggiore in modo che i minimi del giorno più o meno cedono (*differenza aumentata con decresciente temperatura media*) è segno che la convalescenza si avanza: ma quando la differenza diviene maggiore in modo che le elevazioni sulla carta sono più acute (*differenza aumentante con media saliente*) è segno all'opposto di peggioramento. Se la differenza divien maggiore, cosicchè nella remissione la temperatura scende al di sotto del normale, ciò può essere o favorevole, od indifferente, od anche pericoloso.

Quando le remissioni si protraggono fuori del solito, nel mentre il malato sembra sotto ogni altro aspetto convalescente, è segno, che la malattia vuol continuare ancora per molto tempo. È di buon augurio il decrescere delle differenze col decrescere della media giornaliera: è invece di cattivo augurio il decrescere delle differenze coll'aumentare della temperatura media: infine è di dubbio significato la diminuzione delle differenze coincidente con una media stazionaria.

Le differenze ponno rimanere le stesse, ad onta che la malattia progredisca o scemi: nel primo caso quindi le esacerbazioni salgono ad un'altezza corrispondente alla discesa delle remissioni (*differenza stazionaria con media crescente*): nel secondo caso le esacerbazioni decrescono in proporzione che le remissioni discendono ad un punto più basso (*differenza stazionaria con media scemante*).

La *differenza giornaliera* di solito è leggiera; in altri ter-

mini, esiste un tipo continuo o subcontinuo, nel tifo addominale grave, nel tifo esantematico, nei prodromi del vaiuolo, nell'acme della scarlattina, nella pluralità dei casi di pneumonite primaria cruposa e lobare, nell'ultimo stadio della degenerazione adiposa acuta, nella risipola della faccia, nella meningite della convessità, nell'ultimo periodo delle nevrosi letali.

Le differenze giornaliere al contrario sono generalmente grandi nel tifo addominale leggiero, nei casi gravi soltanto nei primi giorni e quando gli stessi tendono alla convalescenza, di soventi nella convalescenza del tifo esantematico, nel vaiuolo, nel morbillo, nelle affezioni catarrali, nell'artrite acuta, nella meningite basilare, nella tubercolosi acuta, nella pleurite, nella pericardite, nelle suppurazioni acute e croniche, nella piemia, nelle varie forme di tisi e nella trichinosi.

Le differenze giornaliere che si alternano fra la temperatura normale e la subnormale o la notevolmente febbrile si manifestano nei periodi ultimi dell' ileo-tifo in via di guarigione, talora nello stadio suppurativo del vaiuolo, talora sul finire di una pneumonite lobare, in tutte le malattie da malaria, nella piemia e setticoemia, nella tubercolosi acuta, e nelle forme croniche febbrili. Anche in seguito a speciali eventi, come le emorragie ecc., può avvenire una tale variazione nel corso di un'oscillazione giornaliera. Le differenze giornaliere tra una moderata temperatura ed una normale o subnormale si danno frequentemente in alcune febbri modiche e con una defervescenza protratta.

Nella più dei casi, durante 24 ore, si ha una sola esacerbazione con una, due, od anche tre elevazioni, ed una remissione con una discesa minima. Questa è la forma più semplice e comune: ma nella febbre intermittente complicata, l'intiera oscillazione, che abbraccia il parossismo e l'apiressia, dura 48 ore (tipo terzano).

Generalmente la remissione comincia nel tempo tra le ultime ore della sera e le prime del mattino, ed il maximum giornaliero si presenta nelle ore tarde del mattino od anche dopo il meriggio. Di solito le remissioni mattutine toccano il più basso punto dalle ore 6 alle 9 ant. ed il massimo gior-

naliero dalle 3 alle 6 pom. potendo anche raggiungerle assai più presto od anche più tardi verso mezzanotte. Tale è il decorso ordinario; però si presentano dei casi, nei quali, senza mutamento del loro significato, le esacerbazioni occorrono di mattino e le remissioni di sera; come osservasi di spesso nei tisici, qualche volta nelle affezioni da malaria, nella piemia, e per alcuni giorni anche nell' ileo-tifo. Queste irregolarità quando occorrono nelle malattie acute sembrano determinate dalle abitudini degli ammalati, per e., quando questi essendo sani solevano fare del giorno notte e viceversa ecc. Nel collasso altresì può accadere che si verifichi nella sera una media notevolmente bassa.

Il tempo in cui avviene il *maximum* ed il *minimum* del giorno può essere di gran valore nel diagnostico e nella prognosi. Quando il maximum del giorno occorre assai per tempo, (verso mezzogiorno) è segno che la malattia è grave: se invece occorre più tardi, significa che la malattia è già moderata e sopratutto benigna. Un minimum precoce annuncia un miglioramento quando non sia determinato da un collasso serotino.

Ben più importante del momento in cui si raggiunge il maximum ed il minimum sono i due istanti in cui la *temperaratura giornaliera aumenta* (ascensione) ed in cui la stessa comincia ad abbassarsi (discesa). Quanto più per tempo (non essendo però alterato il ritmo delle oscillazioni) avviene l'ascensione nel corso del giorno, più grave è la malattia e più lontana la guarigione. È di cattivo augurio se l'ascesa comincia presto nella mattina (prima delle 9 ant.) ed è ancor segno peggiore se ad ogni nuovo giorno l' ascesa anticipa. È di buon augurio invece se l'ascensione posticipa, perchè resta così abbreviata l'esacerbazione, ancorchè il maximum del giorno non abbia cominciato a diminuire. Quanto più tardi al contrario l'esacerbazione comincia a cedere (verso mezzanotte e più oltre) tanto più grave è a ritenersi di solito la malattia.

La *rapidità* dell' ascensione e della discesa giornaliera, quando la differenza giornaliera è considerevole, può offrire importanti indicazioni. Il primo aumento della temperatura è per modo graduale da abbisognare alcune ore per l'ascesa di qual-

che decimo: segue quindi un'elevazione più rapida, e verso la fine dell'ascensione l'aumento ritorna lento e graduale.

Un'ascesa insolitamente rapida ha luogo nei primordi di malattia acuta. Prima di una crisi favorevole non di rado notasi un'elevazione di temperatura straordinariamente protratta, la quale è perciò l'ultimo aumento e precede la defervescenza: in tali casi è talora anche l' ascesa interrotta da una breve discesa. Un' abbassamento rapido di temperatura può precedere la convalescenza o segnare la comparsa di collasso. Un tardo abbassamento di temperatura fa sospettare che le remissioni nel mattino seguente o manchino o sieno ben lievi; e se una discesa mattutina che nel pomeriggio è interrotta da una lieve elevazione di calore verso sera riprende di nuovo, è indizio di defervescenza. Nelle febbri gravi la temperatura si mantiene in vicinanza del grado più basso per un tempo più breve che in vicinanza del grado più alto: è quindi da aversi per un segno favorevole quando essa rapidamente tocca ed abbandona il *fastigium*.

La durata delle variazioni di temperatura al disopra della media giornaliera è la *latitudine dell'esacerbazione*, ed il corrispondente movimento al disotto della media del giorno è la *latitudine della remissione*. Se la prima supera per durata la seconda, il caso ritiensi grave, molto più, se ciò avviene in un periodo avanzato del male. Quando la guarigione s'incammina, le due latitudini si pareggiano più chiaramente. A convalescenza avanzata la remissione si fa sempre più ampia e l'esacerbazione più acuta (curva scoscesa). Le esacerbazioni di grande ampiezza presentano di spesso due o più sommità: in quella a due sommità la più alta è la serotina; esse cominciano nel pomeriggio, mai nel mattino e sono sfavorevoli.

Alle esacerbazioni a più sommità spettano quei casi in cui durante le 24 ore avvengono due o più esacerbazioni (esacerbazioni doppie e triple). In generale un'oscillazione giornaliera a più punte dinota sempre un'affezione grave, complicata, con tendenza a peggiorare: essa può altresì essere determinata dal comparire di alcuni sintomi gravi, quali la stitichezza, o la diarrea, il vomito, le emorragie, non che gli eccitamenti ner-

vosi, e l'insonnio, da una dieta incongrua, da un' infreddatura, e da un agente terapeutico.

Per meglio valutare la natura di queste oscillazioni giornaliere a più elevazioni, bisogna aver riguardo al grado della differenza giornaliera, al tipo della febbre, se continua, esacerbante o remittente, alla maggiore o minore altezza della media giornaliera, alla tendenza della temperatura ad ascendere o ad abbassarsi, infine all'essere la malattia già passata nel periodo di defervescenza. Nelle febbri continue di alto grado le oscillazioni giornaliere in generale non sono di grande importanza e quindi pure le loro multiple elevazioni guidano poco il pratico nel pronostico. Nella febbre modica una oscillazione giornaliera con elevazioni molteplici fa sospettare l'esistenza di complicazioni, o rende dubbio un esito favorevole quando si presenta in un tempo in cui tale lo si sperava. Nello stadio preagonico le oscillazioni quotidiane a più elevazioni sono comunissime; guardisi però dal concepire in loro appoggio delle false speranze.

IX.

Corso della temperatura nelle malattie febbrili.

La temperatura nelle malattie febbrili segue tali leggi generali ed offre tali differenze da potersi, appoggiati alle une ed alle altre, distinguere le varie forme morbose e le loro varietà.

La temperatura nelle malattie febbrili, fino a tanto che queste non abbiano toccato il punto massimo del loro sviluppo, o può mantenersi costantemente al di sopra del normale, o discendere al di sotto per accidentali circostanze, riguadagnando però tosto la normale altezza (*febbre continua*), o venire interrotta uno o più volte da temperature apiretiche (*febbre intermittente e febbre remittente*). In questi casi ciascun intervallo di tempo separato da apiressia può essere considerato come una febbre in sè stessa.

Talora la febbre è una *parte essenziale del processo morboso*; tal'altra invece presentasi come un *fatto incidentale*:

tale differenza influisce assai sul decorso della febbre, perchè nel primo caso questo è deciso dal tipo del processo patologico, nel secondo a preferenza dalle circostanze accidentali. Le malattie nelle quali la febbre è essenziale sono principalmente quelle a *tipo marcato*: quelle malattie invece nelle quali la febbre occorre occasionalmente sono a preferenza le *atipiche*.

Il corso della temperatura nelle affezioni febbrili può essere determinato: 1.° dalla *natura della malattia*: quanto più una malattia febbrile è tipica, tanto più forte è la sua influenza sul decorso della temperatura, e se questa influenza non è la sola, è certamente la più grande: 2.° dalla *gravezza della malattia* la quale modifica il corso della temperatura anche nelle forme tipiche: 3.° da *circostanze individuali*; nei bambini la temperatura devia facilmente, l' opposto nei vecchi, ed è pure modificata dai temperamenti nervosi, isterici, ecc.: 4.° da influenze accidentali che agiscono in proporzione della loro forza e della suscettività del malato, o della forma morbosa alterando assai più le atipiche che le tipiche: 5.° dalle *complicazioni* che sopraggiungono in una malattia le quali talora aboliscono per intero il tipo originario del male, e talora ne introducono invece uno loro proprio.

Il corso della temperatura nei processi febbrili può essere diviso in un numero di *periodi o stadi* che oltre all' avere un diverso significato sono quando fortemente distinti e quando assai confusi.

I. Lo *stadio pirogenetico*, o periodo iniziale assume varie *forme* a seconda che la febbre precede lo svolgimento della malattia locale, o decorre senza di essa, oppure vi tiene dietro. Nel primo caso il principio della febbre è più o meno indistinto e può raggiungere un grado molto alto prima della comparsa dei disturbi locali. Nel secondo caso questo stadio ha un principio indistinto e si confonde facilmente col fastigium, massime nelle forme meno tipiche.

Sonvi delle forme di malattie con un *breve stadio pirogenetico*. In queste la temperatura sale d'un subito, in una linea continua o quasi continua ed in poche ore, o da un giorno alla metà del giorno appresso, alla sua altezza ca-

ratteristica. In questi casi d'ordinario la temperatura ascende più presto nel tronco che nelle estremità e massime negli avambracci e mani, gambe e piedi non che nella faccia: havvi sensazione di freddo con brividi e battere dei denti fino a tanto che le estremità non siano calde come il tronco. Le malattie che cominciano con uno stadio pirogenetico breve hanno per lo più un parossismo febbrile di poca durata, con un' altezza acuminata, con un corso continuo che non oltrepassa la settimana, e ponno terminare colla morte o con una rapida discesa della temperatura.

Questa specie di stadio iniziale forma la regola in alcune affezioni, quali la scarlattina, la pneumonite cruposa, la piemia, la febbre da malaria, e la remittente: questo stadio è frequente nel tifo, nella febbricola, nella risipela della faccia, nell'amigdalite, nella meningite della convessità. Non lo si verifica mai nell'ileo-tifo, nella meningite basilare, nelle malattie catarrali e nell'artrite poliarticolare reumatica.

Si danno altre forme di malattie che hanno *uno stadio pirogenetico protratto*: in queste la temperatura comincia coll'ascendere di sera, indi nel mattino si modera di nuovo, e nella sera seguente risale e considerevolmente più alta: può inoltre avvenire che la temperatura normale sia di nuovo raggiunta nella mattina del secondo giorno od anche che lo stadio iniziale sia interrotto da una lunga apiressia.

In questo tipo lo stadio iniziale dura tre o più giorni, però di rado va oltre la settimana. L'altezza della temperatura indica la gravezza della malattia e basta per diagnosticare un ileo-tifo. Questo stadio iniziale protratto osservasi anche nel morbillo, nella pneumonite catarrale, nella meningite basilare e cerebro-spinale, nella tubercolosi acuta, nel reumatismo poli-articolare e nella pluralità dei casi nei quali la febbre soppravviene ad un'affezione locale avanzata.

In molti casi lo sviluppo della febbre è ancora più *graduale*: tali processi patologici in generale sono irregolari od hanno tutt'al più un decorso approssimativamente tipico. Con questa forma di stadio iniziale, esordisce il reumatismo acuto, la pleurite, la lue sifilitica, la tisi e molte altre affezioni atipiche.

II. Il *fastigium* o *acme*, è il periodo in cui la febbre ha toccato il suo completo sviluppo. In questo stadio la temperatura prova grandi varietà determinate dalle molte influenze che affettano la febbre.

A. Le *varietà dell'altezza della temperatura nel fastigium* sono in relazione coll'*altezza della temperatura massima* o del punto più alto toccato in un dato caso, temperatura che in parte dipende dalla forma della malattia ed in parte dalla sua gravezza. Nella diagnosi però è di un valore subordinato, perchè qualche volta circostanze incidentali, collaterali, ponno far salire la temperatura a gradi insoliti. Del pari non molto valutabile pel diagnostico è il limite inferiore dell'altezza massima di una data malattia, perchè nel caso individuale non si può essere sicuri se nell'osservazione si sia ottenuto il massimo. Tuttavia, per es., in un'accurata osservazione d'un accesso di febbre si può essere certi non trattarsi di febbre intermittente, quando non si sia raggiunto il limite inferiore della temperatura massima propria di queste febbri. Del pari in un esame attento termometrico, quando non si sia mai raggiunta l'altezza massima di 39,5 si può inferire che non si tratta nè di tifo esantematico, nè di ileotifo.

B. Più importanti sono le *variazioni dell' altezza media del giorno* durante il fastigium: esse pure sono subordinate alla specie, al grado della malattia, ed a tutte quelle influenze che modificano il suo decorso.

L'*altezza media della temperatura* nel fastigium comportasi pressochè come segue:

Nell'ileo-tifo a seconda della gravezza del caso cade fra i 39 ed i 40,2. Nel tifo fra i 39,2 ed i 40,5; nelle febbri eruttive, vaiuolo, ecc., fra i 39 ed i 40, ma nel morbillo talora anche più basso a causa delle maggiori remissioni del mattino; nella scarlattina regolare a 40; nella polmonite cruposa fra i 39,2 ed i 40; nella meningite della convessità fra i 40 e più; nel reumatismo articolare senza complicazioni fra i 38,5 ed i 39,2; nel grippe grave, acuto, fra i 38,5 ed i 39,2: nella risipela della faccia fra i 39,5 ed i 40; nell'amigdalite parenchimatosa circa ai 39,5.

Quando questo stadio è breve, *la sua media altezza* può venire di leggieri modificata da diverse circostanze, quali ponno essere od una accidentale remissione, od una accidentale esacerbazione: in questi casi nello stabilire la totale altezza media è meglio fare astrazione da tutte le variazioni del decorso della temperatura, le quali altro non sono che deviazioni dal corso normale.

C. I *dati più importanti* pel diagnostico e per la prognosi di una malattia si hanno dal *corso generale* della temperatura durante il fastigium. La sua *forma*, quando delineata su una carta, è *acuminata* (piramidale) se al rapido raggiungere un punto tosto succede o un rapido abbassamento o la morte: è *continua*, se persiste cioè ad una data altezza con o senza oscillazioni; od è *interrotta* da forti oscillazioni entro un giorno o da forti differenze in giorni differenti.

D. Il *decorso acuminato* della temperatura durante il fastigium ha luogo nel parossismo delle brevi febbri intermittenti, nella effimera, nelle febbri da malaria, nella piemia, nelle risipole erratiche, di rado nella polmonia: nelle febbri compagne di eruzioni o della tubercolosi, ed in genere nelle febbri terminali. Il fastigium inoltre può offrire un punto solo culminante, od un maximum largamente culminante o var i punti culminanti. La durata di tale specie di fastigium spesso arriva a poche, non di rado ad alcune ore, e frequentemente ancora a più di un giorno. Il fastigium culminante o finisce colla morte, o appena che fu raggiunto l' acme, segue l' abbassamento della temperatura che è quasi sempre rapido.

In questi ultimi casi è da aspettarsi d'ordinario un secondo o più accessi di febbre. Tali ripetizioni sono più o meno speciali della malattia, come nelle febbri da malaria, nella polmonia intermittente, nella risipola erratica, nella tubercolosi, ecc., e talora dopo una febbre a rapido sviluppo non di rado si osserva la recidiva.

Un *decorso continuo* della temperatura durante il fastigium non è sempre tale, perchè quasi sempre osservansi oscillazioni leggieri di un mezzo grado o poco più. Esso si veri-

fica nel fastigium delle malattie gravi acute, nelle complicazioni pure gravi ed anche in casi molto lievi quasi d' ogni specie. Le malattie che sembrano prediligere questa specie di fastigio sono il tifo, la scarlattina, la pneumonite primaria crupale, gli stadi prodromici del vaiuolo e congeneri, la risipela prima di farsi erratica, la meningite della convessità, le gravi affezioni febbrili senza localizzazione ma nelle quali talora il microscopio riscontra una lesione parenchimale e che ebbero un *breve stadio iniziale con brividi.* È da aversi sempre in conto di un fatto sfavorevole il vedere assumere un fastigio continuo, malattie che di solito offrono un corso o non continuo o remittente della temperatura.

Nel decorso continuo l'altezza della temperatura è di grande importanza perchè serve a giudicare l'intensità ed il pericolo della malattia. Il decorso continuo, o è uniforme, e nei casi favorevoli è discendente, o, massime in principio e nei casi sfavorevoli è discendente. Desso di solito si divide in due parti distinte, di cui la prima è generalmente più grave, la seconda più lieve. Di solito sono divise da un forte abbassamento di temperatura (*pseudo-crisi*). Il decorso continuo dura di solito breve tempo, mai più di una settimana, e termina o fatalmente, o è seguito da remissioni che sono di buon augurio quando le esacerbazioni non si elevano di molto al di sopra dell'altezza primitiva, o passa in defervescenza. Il decorso continuo del fastigium è talvolta raddoppiato ed allora è interrotto da una moderazione più o meno lunga e talora anche da una forma *remittente.*

E. Nella pluralità delle malattie il corso della temperatura è *discontinuo* durante il fastigium. Questa è la regola nell'ileo-tifo, nelle affezioni catarrali, nella pneumonite catarrale e putrida, nel morbillo, nell'osteo-mielite, nella meningite, nella piemia, nella lue ecc. Le oscillazioni fra le esacerbazioni serotine e le remissioni mattutine ponno essere più o meno considerevoli, quindi l'altezza del *maximum del giorno* è oltremodo variabile. Nei casi lievi le remissioni del mattino discendono più o meno al disotto dell' altezza media del fastigio della malattia; mentre nei casi gravi esse restano al disopra del livello medio del fastigio. L'*ampiezza delle oscil-*

lazioni fra la temperatura della mattina e della sera può variare da 8[10 fino a 3 e 4. Le alternative fra le esacerbazioni e le remissioni si ponno ripetere con regolarità ed uniformemente per giorni ed anche per un'intera settimana. Nel *corso discontinuo* però rimarcasi che la temperatura giornaliera offre delle irregolarità, come sarebbero la comparsa nel giorno o più precoce o più tardiva delle esacerbazioni e delle remissioni, o la loro durata più o meno lunga, o la disarmonia fra la bassezza delle remissioni e l'altezza delle esacerbazioni, o l'intercorrente retrocedere della temperatura con abbassamenti forti ed isolati, od invece l'intercorrente elevarsi della stessa in causa di qualche complicazione, od infine, ma più di rado, il comparire di collassi intercorrenti. Di spesso queste irregolarità si accoppiano fra loro a due ed anche più, alterando di guisa il tipo da non potersi più ristabilire: esse occorrono frequentissime nella piemia.

Le *varietà del decorso non continuo della temperatura durante il fastigio* sono in gran parte subordinate alla natura ed alla gravezza della malattia, non che talora alle complicazioni. *L'ileo tifo è la più tipica delle malattie a fastigio non continuo.* Il minimum delle sue esacerbazioni è 39,5: i limiti delle sue escursioni giornaliere non eccedono 1,5. Il suo corso è regolare quando non esistono complicazioni. Il suo fastigio non dura mai meno di otto giorni nè mai più di 17; il decorso della sua temperatura è poco facilmente alterato dalle condizioni individuali, e meno ancora la sua durata.

L' *altezza assoluta del massimo delle esacerbazioni* è di solito considerevole nella parte non continua del decorso della febbre ricorrente, nella febbre suppurativa del vaiuolo, nella polmonite catarrale ecc., come sopra. Al contrario nel grip, nella artrite, nella pleurite, nella meningite cerebro spinale, nella lue, nella trichinosi e nelle suppurazioni acute le altezze imponenenti delle esacerbazioni sono subordinate od all'intensità del processo od alle complicazioni.

La *differenza giornaliera* o l' ampiezza dell' escursione delle oscillazioni dipende dalla forma e dalla intensità del male. Talora per l'ampiezza dell'escursione si assomiglia alla febbre intermittente e talora per la sua brevità alla febbre

continua. I casi della seconda specie di spesso sono gravi; i casi della prima specie, specialmente se hanno delle esacerbazioni alte, ponno condurci a sospettare in essi un' indole maligna, o l'esistenza di un'infezione septica o piemica, d'un embolismo, di depositi secondari ecc., benchè alcuni casi ponno venire a guarigione senza che si confermi posteriormente quel sospetto o che si possa anche scoprire la causa di un simile decorso della temperatura.

A causa della grande tendenza alle irregolarità che distingue il corso della febbre discontinua, ogni speciale evento che sopraggiunga durante la malattia, come l'azione del calomelano, della digitale, dell'idroterapia ecc., basta a produrre rapidi sbalzi, ora elevazioni, ora, e molto più spesso, abbassamenti di temperatura e perfino collasso, che di solito insorge a preferenza per emorragie, vomito, intense diarree, sudori profusi, e perforazioni di cavità sierose.

La direzione del decorso non continuo del fastigium può altresì variare, cioè essere *uniforme*, od *ascendente*, o *discendente*, *modi* del decorso che corrispondono al pericolo della malattia. La *direzione ascendente* può consistere in un aumento dell'altezza media giornaliera della temperatura o nell'approssimazione del tipo remittente ad un tipo continuo od esacerbante.

La direzione *discendente* del fastigium è distinta da un opposto corso che ha luogo gradatamente, di solito con lentezza e soventi preceduto da irregolarità di breve durata.

Il fastigium è diviso in due periodi che corrispondono non di rado ad un'intiera od a mezza settimana. Se una direzione ascendente è successa ad un decorso uniforme e dopo di questo rimarcasi una direzione discendente, si può stabilire una prognosi favorevole: ma se un corso da uniforme diviene ascendente, è indizio di gravezza del male.

La *durata del fastigium nel tipo non continuo* è in media più lunga che nel tipo continuo: se breve — quando non occorra repentinamente la morte — dinota una lieve intensità della malattia: se si protrae di molto, cresce il pericolo.

Lo stadio prodromico del morbillo, nei casi felici ha un fastigium singolarmente breve. Nel grip, nella bronchite, nel-

l'amigdalite, nella parotite, nella pneumonite catarrale, nella risipela erratica, nella febbre suppurativa del vaiuolo, nella peritonite, nella febbre post-colerica, o da reazione, il fastigium non può durare, senza implicare un pericolo, al di là di 5 a 6 giorni: nel tifo addominale dura da una a due settimane e mezza. Il fastigium dura a lungo nell'artrite, nella pleurite, nella trichinosi, nella suppurazione, nella meningite cerebro-spinale, nella meningite, nella lue ecc., anche quando queste malattie vengono a guarigione. Nella meningite basilare la durata lunga del fastigium ha poco valore per la prognosi: è invece piuttosto di buon augurio nella septicoemia, nella piemia e nella tubercolosi acuta. Nella tisi e nelle altre malattie croniche febbrili può la febbre persistere in un decorso remittente per mesi, anzi per anni senza influire molto sull'esito.

F. Nella maggior parte delle malattie il fastigium è *semplice*: ma può essere *doppio* o *multiplo* nell'ileo-tifo con successivo collasso, nella febbre ricorrente, nel vaiuolo vero, negli esantemi irregolari, nella forma recidivante della polmonite, nella piemia e septicoemia, (con apparenti miglioramenti ad intervalli) nella risipela della faccia (recidivante) nell'artrite complicata, nella meningite basilare e cerebro-spinale, nella pleurite e nella tisi. Quando il fastigium è multiplo, tipi continui, remittenti, e parrosistici ponno alternarsi fra loro: in generale è tanto più sfavorevole, quanto più i fastigi consecutivi indicano un' altezza continua o persistente elevazione della temperatura.

G. La *fine del fastigium* ora è distintamente definita, ora è indistinta e si confonde cogli altri stadi e talora è marcata da un aumento di temperatura di breve durata, che i medici antichi distinguevano col nome di *perturbatio critica.* Nel vaiuolo il fastigium termina coll'elevarsi delle prime papule: nel morbillo quando l'eruzione tocca il suo pieno sviluppo; nella scarlattina quando l'esantema comincia ad impallidire; nella pneumonite quando l'epatizzazione è completa, cioè fra la 3ª e la 9ª giornata; nel tifo verso la fine del 2° settenario o verso la metà del 3°: nell' ileo-tifo leggiero alla metà del 2° settenario e nel grave nel mezzo ed alla fine della 3ª

settimana e talvolta al principio della 4ª: nella grippe dopo il lasso di pochi giorni: nell'amigdalite dopo il decorso di tre a sette giorni e nelle altre malattie il termine è più o meno distinto.

III. La maggior parte delle malattie col finire del fastigium, o passano allo stadio dell'agonia oppure in convalescenza; altre invece continuano, finito il fastigium, in uno stadio indeterminato detto *stadio anfibolo*. Esso è marcatissimo nell'ileo-tifo: occorre altresì nei casi protratti di polmonia, nel tifo, nell'artrite poliarticolare, nella meningite cerebro-spinale epidemica. Lo stadio anfibolo si distingue per le grandi irregolarità della temperatura, la quale però non arriva che di rado alla massima altezza del fastigium. Esso può durare da pochi giorni fino ad una settimana e più come nei casi gravi di ileo-tifo.

Come il fastigium così anche lo stadio anfibolo può venire modificato da alcune *influenze* quali quelle che ponno nei febbricitanti determinare 1° un rialzo nella temperatura, come gli eccitamenti morali, i moti del corpo, il troppo caldo, gli errori dietetici, la coprostasi ostinata e la sopravvenuta di complicazioni; un 2° *abbassamento della temperatura*, e sono fra queste influenze le emorragie, le copiose evacuazioni, i vomiti, i sudori, l'insufficienza respiratoria, la debolezza dell'azione cardiaca, le compressioni cerebrali e l'inanizione, talvolta anche il sonno tranquillo, le applicazioni fredde, le sottrazioni di sangue, le medicine antipiretiche (calomelano, tartaro emetico, piombo, digitale, veratrina, chinina, acidi, sali rifrescanti). Notisi però che la suscettività individuale a questi agenti differisce assaissimo: poca negli adulti e nei robusti, è maggiore nei deboli e nei fanciulli.

IV. Il decorso della temperatura durante la *convalescenza* differisce giusta i modi di venire a guarigione. In alcune malattie il processo morboso si esaurisce quasi d'un subito ed il ritorno al primitivo ordine di cose succede rapido e senza ostacoli: un tale modo di procedere ha luogo nel tifo, nel varioloide, varicella, morbillo, pneumonite lobare e non complicata, pneumonite crupale, febbricola, febbre ricorrente, risipela della faccia, febbre reattiva del cholera senza degenera-

zione renale. Ma in altre forme morbose con gravi alterazioni o distruzione di tessuti, per ristabilirsi più o meno il primitivo ordine di regolarità v'è mestieri d'un lungo e penoso processo di riparazione che facilmente arreca nuovi disturbi. Ciò si avvera nell'ileo-tifo, nella scarlattina, vaiuolo nero, artrite, meningiti, trichiniasi, pleurite, pericardite e dissenteria. Le complicazioni ponno rendere difficile anche la convalescenza del primo ordine di malattie qui sopra accennato.

Naturalmente fra i casi di una guarigione facile e sollecita e fra quelli di una guarigione più lenta e difficile havvene di intermedi: ed a queste modalità diverse corrisponde altresì il corso termico che alla sua volta dinota la forma del processo di guarigione. Nei casi di guarigione difficile possono appunto manifestarsi durante il periodo di declino considerevoli elevazioni di temperatura; ciò che spiega il fatto trovarsi esposto l'ammalato nel periodo di guarigione di certe malattie a pericoli gravissimi. Nei casi invece di facile guarigione la febbre cessa insieme alla malattia.

La temperatura durante la convalescenza percorre 3 periodi: 1° periodo di diminuzione distinta ma insufficiente (*stadium decrementi)*; 2° periodo di cessazione della febbre o *defervescenza*; 3° periodo terminale od *epicritico.*

A) Il primo periodo non si osserva in tutti i casi: ove esiste coincide col fastigium o coll'anfibolo, oppure dopo un aumento precursore segue anzitutto per uno o due giorni una lieve diminuzione, dopo cui sopravviene la vera defervescenza. Questo processo preparatorio di lieve decremento di temperatura può passare così impercettibilmente da essere difficile il definire il principio della defervescenza. Questa diminuzione preparatoria può arrivare ad un mezzo ad uno od anche a tre gradi: consiste talora in una moderazione od assenza totale dell'esacerbazione serotina, tal'altra in una maggiore remissione del mattino, mentre di sera la temperatura tocca la primitiva altezza; ora in un maggiore pronunciamento della remissione mattutina con una esacerbazione serotina indistinta, debole; dal che ne nasce, che sebbene la differenza giornaliera possa rimanere la stessa, la temperatura media del giorno apparisce più bassa: infine può talvolta consistere in una pseudo-crisi

seguita da una lieve elevazione di calore. Non di rado accade che in tal modo per più giorni la media quotidiana diviene essenzialmente più bassa che nel fastigium e nel periodo anfibolo, e che in pari tempo continua una febbre moderata per vari giorni, alla quale lentamente succede la vera defervescenza. Questo corso della temperatura si distingue dal periodo anfibolo per la mancanza in quello dei peggioramenti, per la normalità delle elevazioni termiche serotine, e per la regolarità delle remissioni mattutine.

Questo *stadio di decremento* può manifestarsi in tutte le malattie e la defervescenza vi può tener dietro in modo o rapido o lento e la terapia lo può affrettare. La durata invece di questo stadio varia secondo le varie specie di malattie: lunga nell'ileo-tifo e nella febbre suppurativa del vaiuolo, lo è meno nel tifo petecchiale e nella scarlattina, ed ancora meno nel morbillo e nella polmonite lobare. La sua durata varia nelle affezioni atipiche e lascia meno sicuramente credere che voglia essere immediatamente seguito dalla defervescenza.

Moderazioni illusorie e fallaci perfettamente simili incontransi nella piemia e nello stadio anfibolo di varie malattie.

b) Il periodo della *defervescenza* si modella più che gli altri stadi alle diverse malattie ed alle deviazioni di tipo che sono ad esse proprie ed offre i più sicuri indizi sulle anomalie ed imperfezioni della guarigione. La defervescenza può compiersi in modo rapido nel giro di 4, 12, 24 o tutto al più di 36 ore; durante questo tempo la temperatura discende di 2 fino a 5 ed anche più, arrivando al grado normale o anche al di sotto.

La febbre può terminare in quel breve tempo: la fine della febbre però sarà reale allora soltanto che nelle ore consecutive del pomeriggio e della sera non soppravvenga alcuna nuova elevazione termica, o se avviene, non arrivi all' altezza dei giorni antecedenti e sia seguita nella notte da uno stato afebbrile.

Talora accade di non aversi nel mattino alcuna disposizione alla defervescenza od aversi soltanto una lieve moderazione; od invece di notarsi una straordinaria altezza della

temperatura che nel pomeriggio è seguita dalla defervescenza. Quest'ultima di spesso è riconoscibile dall' assenza delle esacerbazioni serotine o dalla comparsa in loro vece dell'abbassamento di 1[10 fino a 2[10 di grado, seguito nella notte successiva dalla vera defervescenza, la quale può richiedere altre 24 ore per completarsi.

Nella defervescenza la temperatura di spesso discende fin sotto il normale, a 36 ed anche più basso, massime dopo l'uso di rimedi deprimenti; e la defervescenza è assicurata soltanto allora che la temperatura della sera seguente è normale. Non è raro che a queste rapide discese della temperatura si associno dei sintomi di collasso, che disturba l'ammalato ed i parenti: ma il termometro in simili casi ci può rivelare in questa dubbiezza il passaggio della malattia alla guarigione. Un tale stato può durare poche ore; talora però può protrarsi per qualche giorno, accompagnandosi di delirio e d'altri sintomi: se però la temperatura si mantiene normale o subnormale, allora non avvi più a temere, a meno che l'abbassamento della temperatura sia il frutto di qualche complicazione o di qualche grave esito, come una perforazione intestinale, o polmonale od un'emorragia. La febbre remittente è il tipo di queste rapide defervescenze e le escursioni sono le più grandi (5 fino a 6 e più in poche ore) tanto nel suo primo invadere quanto nel finire.

Si osserva altresì in alcuni morbi un modo affatto opposto di *defervescenza*, cioè essa ha luogo (*a più lentamente* seguendo una *linea più estesa*, e prende allora il nome di *Lysis*, o (*b* con un abbassamento continuo ma lento, in cui la temperatura per lo più dal mattino alla sera discende un pò meno che dalla sera al mattino; può anche rimanere stazionaria od aumentare alquanto. In tal modo la diminuzione dura 2 a 4 giorni, talora anche una settimana: essa presentasi nella scarlattina, nel tifo, qualche volta nella polmonite, di raro nell' ileo-tifo ecc. La *Lisi* può assumere un *tipo remittente*; ed allora le remissioni del mattino si alternano con notevoli esacerbazioni serotine: in generale però il maximum o la media giornaliera diviene ogni giorno più lieve. Può inoltre avvenire che le esacerbazioni serotine per un certo tempo rag-

giungano incessantemente la primitiva altezza, mentre le remissioni del mattino divengono sempre più basse finchè più tardi anche le esacerbazioni decrescono o la differenza giornaliera rimane la stessa, mentre le temperature del mattino e della sera divengono più basse, o le esacerbazioni serotine divengono minori e mano mano si accostano alle remissioni del mattino.

Queste diverse forme ponno succedersi l'un l'altra in modo più o meno rapido. La *defervescenza remittente* caratterizza l'ileo-tifo e riscontrasi nelle malattie catarrali, nella trichinosi, peritonite, pericardite e dura quattro giorni incirca. È facile il collasso nella defervescenza remittente delle malattie gravi a motivo del discendere della temperatura del mattino fino al dissotto della normale.

c) Nel periodo *epicritico* e massime nella convalescenza, la temperatura è normale tanto di mattino che di sera manifestandosi soltanto le oscillazioni giornaliere normali. Un tale decorso assicura la completa guarigione del processo. Ma fino a tanto che nella sera si noteranno ancora temperature subfebbrili, la convalescenza non sarà schietta, e molto meno poi se anche al mattino la temperatura non sarà normale. Però in vari casi speciali la convalescenza si stabilisce passando a così dire a traverso queste elevazioni febbrili che talora riconoscono per cause una troppo precoce alimentazione con carne, o sforzi muscolari ecc.

L'esordire di un'affezione acuta (sia recidiva o complicazione) durante la convalescenza è sempre accompagnato da un rialzo nella temperatura, seguendo questa il tipo della nuova affezione.

Se una malattia in luogo di finire colla guarigione o colla morte passa in un *postumo*, il processo risolutivo soffre un ritardo o viene interrotto e presenta molte deviazioni dalla norma sua solita. Questo passaggio della malattia primitiva in un postumo avviene durante i periodi anfibolo, di decremento e di defervescenza, ed è preceduto da remissioni illusorie, non in armonia colla malattia in corso, ne spiegabili per l'azione di speciali influenze. L'ulteriore decorso è determinato

dalla natura del postumo e non da quello della malattia primaria.

V. Un *esito fatale* è preceduto da sintomi di una durata più o meno lunga ora in apparenza favorevoli ed ora sfavorevoli. Il periodo *proagonico* è lungi dall'essere chiaro e semplice: colla termometria noi arriviamo a distinguere in tale periodo diverse forme e sono: l'*ascendente* il cui principio può essere oscuro quando il decorso precedente ha mostrato anche un carattere crescente, oppure quando allo stadio proagonico ha preceduto un periodo anfibolo. Il principio invece di questa forma ascendente può avere limiti ben definiti quando la malattia primaria è già passata nel periodo di convalescenza od anco di guarigione, oppure quando la temperatura morbosa venne ridotta da mezzi terapeutici: sono altresì bene definiti questi limiti quando il decorso della temperatura fu prima incessantemente continuo e più ancora quando il periodo proagonico comincia con elevazione di temperatura oltremodo rapida in un decorso antecedentemente afebbrile. In questa forma ascendente l'elevazione della temperatura è d'ordinario a zig-zag con un lieve decremento nel mattino seguito nella prossima esacerbazione serotina da un'elevazione maggiore: in tale modo la temperatura media del giorno cresce e nel medesimo tempo elevasi pure il *maximum giornaliero*.

Può per questo avvenire che la continua e già esistente tendenza della febbre ad aumentare perduri in un modo più o meno eguale nel periodo proagonico: oppure che questo periodo sia preceduto da irregolarità termiche e dalle fluttuazioni del periodo anfibolo: od anche che esso cominci ad alzarsi durante uno stato apiretico o quasi apiretico, in mezzo a tutte le apparenze le più favorevoli, ed in piena convalescenza. Infine lo stadio proagonico può comparire dopo che la temperatura ha durato per un breve periodo quasi normale o al disotto della normalità, e dopo una remissione illusoria od un collasso di poca durata.

In contraddizione a questa *uniforme ascesa* della temperatura trovansi nello stadio proagonico elevazioni rapide ed estremamente alte sia che la temperatura fosse già prima ele-

vata o piuttosto modica, od anche afebbrile. Nel primo caso, che non è raro, la temperatura prima di cominciare il periodo proagonico raggiunge altezze di 40 fino a 41 e più, d'improvviso sopraggiunge un'altro aumento di 1-2 gradi: in questo caso lo stadio proagonico è breve e si perde impercettibilmente nell'agonia.

Nel secondo caso l'elevazione finale è ben di spesso assai considerevole quando la si confronti colla precedente discesa: però l'altezza assoluta non sempre è molto rimarchevole per sè. Anche in questi casi il periodo proagonico si connette immediatamente coll'agonia.

Finalmente alla terza categoria, a cui appartengono la febbre terminale e le elevazioni iperpiretiche della temperatura nelle neurosi letali e nelle malattie cerebrali afebbrili, tutto il tempo in cui la temperatura ascende, può essere riguardato come periodo proagonico. Esso sale prima lentamente, si fa poi rapida e tocca le più enormi altezze.

Molto più frequente della forma ascendente dello stadio proagonico è quella con diminuzione della temperatura ossia *forma discendente*: ed è tanto più importante fare attenzione a questa forma perchè da un riguardo parziale e superficiale sulla temperatura potrebbesi ritenere la diminuzione di questa come indizio di miglioramento della malattia. Si può evitare quest'errore grossolano badando al modo speciale di comportarsi del polso, il quale, a fianco dell'abbassarsi del calore, si fa enormemente frequente. Talvolta il periodo proagonico sotto questa forma discendente è molto breve; la temperatura discende soltanto solo per una mezza giornata fino a 2 giorni ed in regola arriva circa a 1, e quando anche fino a toccare la normale. A tale moderazione proagonica della temperatura di spesso tengono dietro repentinamente le altissime elevazioni dell'agonia.

In altri casi le remissioni sono periodiche e si ripetono di frequente essendo interrotte da nuove elevazioni termiche. Si osserva però una certa irregolarità e manca il zig-zag uniforme della lisi. Questa forma si presenta in ogni specie di malattia massime quando fino dal suo principio insorgono compli-

cazioni, o sintomi nervosi assai gravi, dippiù per incongrua alimentazione, o terapia troppo deprimente. Talvolta l' alternativa di discesa e di aumento della temperatura serba una certa regolarità: comincia con un' abbassamento che può durare da uno fino a due giorni e mezzo: indi la temperatura riascende fino all'altezza primitiva per terminare in un'elevazione od in un abbassamento eccezionali. In alcuni casi però (e sono i più difficili pel diagnostico) nel mentre la temperatura continua il suo corso discendente, continuano del pari tutti gli altri sintomi gravi; il paziente soccombe sotto questi successivi abbassamenti che portano all'agonia ed alla morte. Un tale corso si verifica nella meningite basilare, nel tifo e nell'ileo-tifo, e specialmente nella scarlattina, di raro nella pneumonite ecc.

Più di rado la temperatura non si altera nello stadio proagonico: in questi casi la prognosi sfavorevole deve fondarsi sul successivo acceleramento del polso non seguito da un corrispondente grado di temperatura. Infine lo stadio proagonico è talvolta caratterizzato da straordinarie oscillazioni di temperatura ripetentisi più volte nel giorno ond'è che grandi abbassamenti alternansi rapidamente con enormi elevazioni e l'agonia principia in una di queste condizioni termiche. Le affezioni piemiche spettano a questo tipo.

VI. Nell'*agonia* la temperatura ha un decorso vario: in diversi casi lo stesso durante l'agonia senza specialità di sorte mantiene le oscillazioni giornaliere, le quali sono alte se la morte avviene durante l'esacerbazione, e modiche se occorre nella remissione. Nella massima parte degli ammalati, già febbricitanti, nel tempo dell'agonia osservasi un'elevazione di temperatura di 1|2 ad un grado e più. Che se l' elevazione agonica è solo modica, nelle ultime ore la temperatura si abbassa di pochi decimi di grado. Sonvi però a questo riguardo due eccezioni. In molti casi, sia che la temperatura sia stata antecedentemente febbrile o normale o sotto-normale, nel momento dell'agonia soppravviene un' *abbassamento*, il quale, se la temperatura antecedente fu sopra normale, può essere rapido e molto considerevole: l'ammalato muore in collasso. Ciò

avviene in molte malattie consuntive, nell' inanizione, nelle emorragie, nella diarrea colerica, nella perforazione intestinale ecc.

In altri casi invece succede durante l' agonia una *straordinaria elevazione* di temperatura, sia che in essi vi sia stato antecedentemente un enorme calore febbrile o che all'opposto non vi si sia mai verificata alcuna elevazione termica. Sono fra questi casi quelli di malattie febbrili da infezione, quali il tifo, l'ileo-tifo, la febbre gialla, la scarlattina, il vaiuolo, la piemia, la septicoemia; talvolta anche i casi di pneumonite, di morbillo, di endocardite, di degenerazione grassa, di peritonite maligna, di risipela, di osteo-mielite e di tubercolosi miliare acuta. In questi la causa principale dell'eccessiva temperatura risiede nella presenza non già dei gravi disturbi generali, bensì dei processi chimici diffusi di natura zimotica, benchè non manchino delle malattie, nelle quali l'affezione dei centri nervosi rappresenta i sintomi essenziali od anche uno dei sintomi più essenziali e nè quali la temperatura comincia ad alzarsi negli ultimi giorni di vita toccando repentinamente enormi altezze. In questi casi, l' aumento agonico della temperatura è l'effetto o la causa dell'agonia e della morte? Senator ne gli (Virchow's Archiv. XIV 412), opina che esso sia la causa, e dice potersi ben ammettere che l'agonia e la morte avvengono perchè per una causa qualunque la temperatura ascende ad un'altezza incompatibile colla vita.

VII. Il *momento della morte* non è contraddistinto da speciale alterazione della temperatura: se questa è modica o bassa nel periodo agonico, generalmente pochi minuti prima della morte discende ancora più e viceversa.

Dopo la morte nella pluralità dei casi, la temperatura comincia a discendere prima con lentezza, indi più o meno celeramente, ed in generale con maggior rapidità se l'ammalato è morto in mezzo ad una temperatura bassa.

In molti casi dopo morte notasi un' elevazione di calore nella misura di uno a pochi decimi di grado che può durare da qualche minuto ad un' ora: in appresso, dopo una breve sosta, la temperatura discende prima lentamente, indi in modo

rapido. *Quest'aumento termico post mortem* avviene qualche volta nel colera, nei morbi terminati con temperature iperpiretiche, e più ancora in quelli in cui l'elevazione della temperatura si continuò fino all'istante della morte, ed anche in quelli ne'quali la temperatura iperpiretica fu moderata avanti morte da una breve diminuzione. Questo fenomeno trova spiegazione nell' arresto dei due processi di raffreddamento quali sono la *respirazione* e la *perspirazione*, nella continuazione, benchè in grado minimo, dei processi chimici generatori del calore ed infine nella comparsa di una fonte calorifica, la putrefazione (1).

(*Continua*).

(1) Riassumo nella tavola seguente i periodi della temperatura nelle aff di frequente vestono ora l'una ed ora l'altra delle diverse varietà.

Quadro dei periodi della temperatura

	PERIODI	VARIETÀ	DURATA	MALATTIE
A. Periodi avanti il termine della malattia	I. Aumento (stadio iniziale-pirogenetico)	Breve	Da poche ore ad un giorno ed un giorno e mezzo.	*Costante* nel vaiuolo, scarlattina, polmonite cruposa e lobare, febbre da malaria, piemia, febbre ricorrente. *Frequente* nel tifo febbricola, risipela della faccia, amigdalite, meningite della convessità.
		Protratto	Da 2 a 3 giorni, mai più in là di una settimana.	È *costante* nell'ileo-tifo — *frequente* nel morbillo, catarro bronchiale, polmonale e intestinale, meningite basilare e cerebro-spinale, tubercolosi, artrite.
		Graduale	»	*Frequente* nell'artrite, pleurite, pericardite, peritonite, lue sifilitica, suppurazioni croniche e malattie consecutive.
	II. Fastigium (acme)	Acuminato	Da poche ore ad un giorno.	Nelle febbri a tipo, effimera, piemia, risipela, erpete, varicella, tubercolosi acuta, febbri terminali, di rado nella polmonite.
		Continuo (discendente od ascendente)	Di rado dura più d'una settimana.	In tutte le malattie gravi e quando insorge qualche complicazione. — Predomina nel tifo, vaiuolo, scarlattina, polmonite crupale, risipela erratica, amigdalite, meningite della convessità.
		Interrotto: remittente, ascendente, discendente	Più lungo che nel tipo continuo.	È proprio delle febbri catarrali, dell'artrite, piemia, rosolia, febbre etica e suppurativa.
	III. Anfibolo		Da pochi giorni fino ad una e più settimane.	Nell'ileo-tifo, pneumonite lenta e grave, tifo, esantemi con gravi complicazioni, meningite cerebro-spinale epidemica e nell'artrite grave.

ioni febbrili distinguendo le loro varietà, la loro durata e le malattie che più

ıelle malattie febbrili.

	PERIODI	VARIETÀ	DURATA	MALATTIE
B. Periodi nel caso di guarigione	I. Decremento (perturbatio critica)		Da alcuni giorni fino ad una settimana e più.	Nell'ileo-tifo, nel periodo suppurativo del vaiuolo che è assai lungo. — È breve nel tifo, nella scarlattina, morbillo e polmonite lobare.
		Rapida (crisis)	Da 4 fino a 36 ore.	La febbre ricorrente è tipo della defervescenza rapida. — Nella polmonite cruposa, varioloide, morbillo, effimera, febbre a tipo, amigdalite, risipela della faccia non erratica; di spesso nel tifo, più di rado nella scarlattina e febbri catarrali.
	II. Defervescenza	Lenta (lysis) continua	Da 2 a 4 giorni e fino ad una settim.	Scarlattina, tifo, qualche volta nella polmonite.
		Lenta (lysis) remittente	Da mezza ad una settimana e più.	È *caratteristica* nell'ileo tifo; è ordinaria nella febbre suppurativa del vaiuolo e trovasi di spesso nelle gravi affezioni catarrali; presentasi di solito nell'artrite acuta, trichinosi, pericardite.
	III. Epicritico e convalescenza			
C. Periodi nel caso di morte	I. Proagonico	Ascendente	Da 3 a 4 giorni.	Nella pluralità dei casi che vanno a morire.
		Discendente	Assai più breve: da 1 a 2 giorni.	Nelle malattie lunghe e consuntive, nel tifo e negli esantemi complicati.
		Irregolare	Da 2 a 3 giorni.	Tale forma si presenta in ogni specie di malattia, massime quando avvengono complicanze precoci o sintomi nervosi assai intensi, nei casi di incongruo nutrimento o di rimedi forti.
	II. Agonico			
	III. Morte			

Nota di B. P.

Rivista sifilografica, dal 1866 alla fine del 1873: *del dott.* CARLO PADOVA, *già assistente alla Clinica sifiliatrica e dermatologica presso la R. Università di Pavia.* (*Continuazione della pag. 427 del Volume CCXXIX*).

In questi ultimi tempi veniva pure confermata la presenza di prodotti a stadio avanzato della sifilide nell'involucro cutaneo, nei muscoli, nei tendini, nelle aponeurosi, nei testicoli, nell'utero, nelle ovaia, nelle trombe falloppiane, negli organi della circolazione, in quelli della digestione, del respiro, dell'uropoesi e del sistema nervoso. Ci fermeremo sulle più rare ed importanti.

Murou rinveniva in una giovane, a 9 anni dopo l'infezione primitiva, una rupia alla parte interna del braccio sinistro con tutti i caratteri della gomma sifilitica nella cute e nel tessuto cellulare sottostanti, trovandosi una uguale alterazione al polmone ed al fegato. Per cui se per lo innanzi tale forma morbosa la si credeva qualche fenomeno di transizione, la crede pure possibile nel periodo terziario.

Guyot narra tre casi di anchilosi della mandibola per causa di sifilide che avea indotto la miosite del massetere con tumore gommoso alla guancia, fatto questo rarissimo ed una volta soltanto osservato da Boyer. Nei primi due per altro nulla constava nè dagli antecedenti, nè eravi alcun altro fenomeno sifilitico concomitante; nel terzo invece, e che perciò maggiormente interessa, erasi manifestata 8 o 10 anni prima una eruzione sifilitica generalizzata sulla cute di lei (era una donna) e manifestazioni celtiche nel di lei amante. Al tempo però in cui fu dall'Autore veduta, tali sintomi erano affatto scomparsi, ma presentava difficoltà ad aprire la bocca, ed un tumore sul bordo anteriore del massetere a ciascuna parte della mascella, il destro su un piano meno saliente del sinistro. Essi erano duri, indolenti, facevano corpo coi masseteri, e sporgevano all'indietro sotto l'osso mascellare; impossibilità assoluta ad aprire l'arcata dentale.

Coll'ioduro di potassio guarirono tutti perfettamente.

Tre osservazioni di ugual genere vengonci narrate da Lancereaux:

Una donna contraeva la infezione da suo marito, avendone poscia sintomi secondari che scomparivano dietro cura mercu-

riale. Oltre a ciò dopo qualche tempo, dolori alla testa, alle gambe, vertigini che si calmavano sotto l'uso dell'ioduro di potassio. Indi le si manifestava un tumore gommoso al ginocchio che si esulcerava profondamente e cicatrizzava sotto l'uso dello stesso medicamento. Da ultimo presentava alla faccia anteriore del ginocchio una superficie alterata per estensione e altezza di 12 centim. e di 8 di larghezza ed in parte in via di cicatrizzazione; nel centro questa lesione mostravasi violacea, a fondo sanioso, circondata da alcune esulcerazioni suppuranti. Il ioduro di potassio e di mercurio migliorano talmente l'ammalato che lascia l'ospedale.

In un'altra donna apparirono successivamente sulla tibia sinistra due tumori che si esulcerarono e gangrenarono accompagnati da dolore vivo e diarrea. Guariva sotto il ioduro di potassio. Poco tempo dopo presentava sulla gamba sinistra un tumore, della grossezza di una noce, sottocutaneo, che dopo alcuni giorni si esulcerava, a bordi netti e regolari, a fondo, con escara biancogiallastra e poco tempo dopo lasciava luogo a bottoni carnosi. Un mese e mezzo dopo l'ammalato guariva coll'uso dell'ioduro di potassio.

In una terza donna che trovavasi in preda alla cachessia sifilitica e che aveva avuto sifilide crostacea del cuoio capelluto, alopecia, distruzione parziale del velo-palatino, l'Autore riscontrava sul ginocchio sinistro delle piaghe non ancora cicatrizzate, che erano dovute a gomme rammollite. Anche qui il ioduro di potassio ne portava la guarigione.

Sigmund per constatare la possibilità della epididimite sifilitica ammessa da Drou, istituiva l'esame di 1967 sifilitici, trovandone affetti 39 nel periodo inoltrato della sifilide costituzionale, concomitanti o susseguenti la blennorrea uretrale, probabilmente perchè ivi la sifilide trovò facile incentivo alla propria estrinsecazione.

Putegnat, quali esempi di lesione uterina allo stadio avanzato della sifilide, racconta cinque storie di donne primipare con vasta ulcerazione sifilitica al collo uterino, in cui i dolori del parto si suscitarono prima del termine della gestazione. Non ne conosce l'Autore altri nella storia. In questi cinque casi vi erano anche altri accidenti sifilitici. In tutte vi ebbe distocia; quattro volte il forcipe salvò la donna senza salvare il figlio, una volta fu tentata invano la versione, morirono madre e figlio. La causa della distocia nelle prime quattro era stata la cachessia celtica e le poche contrazioni uterine.

Alterazione di egual natura delle trombe falloppiane veniva rilevata da Bouchard nel fatto poco sopra citato a proposito dell'epatite ed ove riscontravano tre gomme anche in quegli organi.

Più facile a comprendersi riesce una lesione sifilitica della glandula. A questo proposito Lancereaux riferisce un caso in cui il corpo del testicolo era affetto con predilezione. Un uomo portava un tumore al testicolo sinistro che aperto guariva in seguito all'ioduro di potassio; otto anni più tardi, questo testicolo gli si ammalava ancora diventando d'un volume del pugno d'un adulto, formava una massa di cui una parte situata in alto e a destra era più molle, questo era il corpo del testicolo, mentre l'altra parte, rilevata, fissa, d'una durezza uniforme, era costituita dall'epididimo e dalla porzione adiacente del testicolo, il cordone formava una striscia liscia del volume d'un pollice. Probabilmente l'ammalato aveva avuto un ulcero perchè aveva fatto la cura coll'ioduro di potassio. Amministratogli il ioduro di potassio, la salute generate diventava perfetta, il testicolo si separava benissimo dall'epididimo il quale era diminuito della metà del volume primitivo, il cordone era meno voluminoso ma sempre duro e fermo. Essendo stata sospesa la cura per due mesi, lo stato dell'ammalato restò stazionario: ripresa dopo 20 giorni, si constatava una diminuzione del tumore che a poco a poco finiva colla guarigione perfetta.

L'autore rimarca che i fatti di simil genere sono eccezionali e che la predilezione dei tumori gommosi per il corpo dei testicoli costituisce un carattere importante ed appropriatissimo per differenziare queste lesioni dall'affezione tubercolare dell'organo.

Come esempio dei gravi disordini che può produrre l'alterazione del testicolo, l'autore riferisce la storia di un individuo che curato per accidenti sifilitici antichi ricoverava nell'Ospedale della Pietà con gomme, ulceri alle gambe, sarcocele sifilitico, e ivi presto moriva per cachessia sifilitica. Alla sezione, oltre a gomme molteplici del fegato, lesione dei gangli viscerali, persentava le seguenti alterazioni ai testicoli. I due testicoli erano alterati. Il sinistro era aumentato di volume, la sensazione ch'egli accusava era quella d'un corpo piriforme, fermo, leggermente irregolare, d'ogni parte egualmente resistente. Il destro, di cui il volume era poco modificato, dava la sensazione di punti indurati ed elastici che sembravano avere per sede la tonaca albuginea. A sinistra, la pagina viscerale, la tonaca fibrosa o albuginea, e la sostanza testicolare erano confusi con

essi e formavano una massa gialla elastica poco friabile e di una consistenza uniforme; questa massa, del volume d'un grosso uovo di pollo, presentava alcune rigonfiature alla sua faccia anteriore; essa era unicamente costituita da un prodotto nuovo, senza canalicoli spermatici. Tuttavia in vicinanza dell'epididimo, la tonaca albuginea si distingueva ancora dalla sostanza sotto-giacente, la tonaca vaginale si trovava ispessita, doppia, dell'aspetto d'una falsa membrana vascolare, assenza del liquido. La sostanza, abbastanza analoga a un piccolo uovo ben cotto, che rimpiazzava il testicolo, era composta d'una materia fibrosa, di nuclei e di cellule tempestati di granulazioni. Vi si trovavano numerose masse di cristalli di grasso e abbondanti granulazioni grassose. Quando dopo la dissezione si arrivava a destra sulla pagina parietale della tonaca vaginale, si rimarcava la presenza d'una vascolarizzazione ed un ispessimento dovuto in gran parte alle aderenze che univano le due pagine. Queste tali aderenze erano numerose e tra loro si trovava una piccola quantità di siero. La tonaca albuginea ispessita era qua e là seminata da piccoli tumori biancastri più o meno molli; la sostanza testicolare presentava delle strie gialliccie, disposte lungo la direzione dei canalicoli spermatici, un gran numero di queste ultime contenevano cellule epiteliari alterate e granulazioni adipose. Nelle parti molli e giallastre le goccie d'olio e le granulazioni adipose erano abbondanti, trovavansi pure cristalli di colesterina.

In riguardo al sistema circolatorio, meritano di essere ricordate le vegetazioni sifilitiche che Gamberini rilevava alle valvole aortiche e Scarenzio alla mitrale.

Il primo di questi due casi riguardava un individuo che era stato accolto nella clinica di Bologna per grave cachessia sifilitica, in conseguenza della quale moriva, ed alla autopsia attrasse l'attenzione il cuore, il quale, mentre presentavasi normale in tutta la tessitura anatomica, offriva le valvole sigmoidee e aortiche, di configurazione normali, colpite da lieve indurimento ed ingrandimento dei noduli del Morgagni dai quali sorgevano piccole vegetazioni che si elevavano a forma granulosa e aggruppata e componevano delle grosse vegetazioni sifilitiche a forma di campana. Essendovi discrepanza fra gli autori sulla esistenza di queste vegetazioni sifilitiche al cuore, l'Autore fa oggetto questo caso clinico di bellissime osservazioni, nelle quali dopo aver richiamate le opinioni dei diversi autori che scrissero in proposito, conchiude credere egli assolutamente all'esistenza di queste forme morbose di vegetazioni sifilitiche al cuore, e che quelle dell'indi-

viduo di cui riferisce la storia sieno tali, glielo provano oltre agli argomenti portati da altri autori e principalmente da Virchow, l'assenza di altre malattie al centro circolatorio, nè reumatiche, la nessuna abnormità anatomica cardiaca riscontrata alla autopsia.

Notando che il sopranominato individuo portava alla piega coxo-perineale una larga piaga venerea che durò fino alla morte, può anche essere possibile che, o il sangue infettato, o il detritus di questa piaga stessa portato in circolo, abbia contribuito a trapiantare sul cuore la forma delle vegetazioni valvolari.

A conferma di questo fatto vale quello del prof. Scarenzio. In soggetto adulto morto in una delle sue sale per cachessia sifilitica, egli trovava sulle valvule mitrali e precisamente sulla superficie loro interna che guarda l'apertura auricolo-ventricolare tre papule mucose, due sulla valvola anteriore, l'altra sulla posteriore; avevano la grandezza e la forma di una lenticchia, liscie ed arrossate senza traccie palesi di vasi.

La parte ventricolare sinistra era assottigliata almeno di un centimetro, e per due terzi dall'esterno all'interno, compresovi il pericardio, aveva un colore giallognolo sbiadito, essendo quivi la fibra muscolare sostituita da tessuto adiposo; della parete ventricolare destra il solo pericardio era in questo modo alterato.

Della sifilide intestinale si occuparono Oser e Meschede. Il primo su tre casi di enterite in bambini morti per cachessia sifilitica, notava numerosi infiltramenti di grandezza diversa, circoscritti, resistenti, che diminuivano il lume degli intestini per lo più in corrispondenza alle placche del Peyer ed ai follicoli solitari che si estendevano a tutte le tonache intestinali, e costituiti da proliferazione di cellule con formazione di tessuto connettivo, che era maggiore nel 3.° caso.

L'Autore, essendo la formazione del tessuto cellulare il segno del decorso cronico del male, inclina ad ammettere tre diversi stadi dello stesso processo nei casi comunicati, che rappresentano le successive fasi dell'alterazione.

La mucosa intestinale invece era più alterata nel primo dei casi. Secondo l'Autore questo modo di comportarsi della mucosa è il segno caratteristico dell'affezione intestinale sifilitica, e per verità, o la medesima è poco alterata, o presenta una decomposizione necrotica del tessuto in una estensione minima in relazione all'infiltramento delle cellule, risultandone una perdita di sostanza d'aspetto splendente e lardaceo.

Meschede dal canto suo riferisce un fatto di un individuo in

preda a fenomeni di sifilide costituzionale con ostinata gastrodinia. Questo individuo venne a morte per pleuro-polmonite. Alla sezione si trovarono nel tenue 54 ulcerazioni da 1 a 5 centim. di lunghezza interessanti la tonaca muscolare. Nodosità fibrose sul peritoneo che copriva queste ulcerazioni, ed ipertrofia delle tonache muscolari e sierose; duodenite cronica, ispessimento del piloro. — Alterazione del fegato. — False membrane della pleura destra, sparse fra i lobi destri del polmone, gomme sifilitiche grosse quanto una nocciuola.

Quale esempio di sifilide polmonare allo stadio avanzato, Lancereaux ne riferisce uno di pneumonite interstiziale nel quale rilevaronsi anche gomme e cicatrici sifilitiche del tessuto polmonare quali ordinariamente osservansi estese, profonde, raggiate, costituite da tessuto fibroso indurito portante al contorno sostanza granulosa giallastra e secca.

A completare la enumerazione delle diverse localizzazioni della sifilide costituzionale, ci rimane a dire ancora di quelle del sistema nervoso. Il numero dei fatti che le riguardano fu in questi ultimi anni senza dubbio grande e citandoli lo faremo partitamente a seconda che si riferiscono al centro encefalico, allo spinale od alle diramazioni periferiche.

Sotto il nome di sifilide cerebrale passa in sifilografia qualunque alterazione esistente entro la cavità cranica, sia che la polpa nervosa ne sii primitivamente od in modo secondario compromessa. E tale necessità è specialmente dovuta alla difficoltà della diagnosi loro differenziale, di soventi non chiarita se non all' autopsia.

La storia dei fatti di simil genere venne in questi ultimi tempi con precisione raccolta da Lancereaux. Incomincia egli dall'esporre due fatti di Füngel. Il primo risguarda una prostituta che tre anni dopo di aver avuto un ulcero, e accidenti secondari, veniva presa da convulsioni epilettiche, che si ripeterono più volte, senza perdita però di coscienza, e che continuarono per circa un anno e più, accompagnate da albuminuria, finchè sotto sintomi di paralisi moriva, per risipola. Alla autopsia si trovarono depositi gommosi alla dura madre aderenti alle membrane sottogiacenti, e tumore gommoso dell' epiglottide.

L'altro fatto riguarda un negoziante che parecchi anni prima aveva avuto sifilide secondaria leggiera, ma recidivata parecchie volte. Indi, quando egli credevasi guarito, cominciò a provare cefalalgia intensa, poi nausee e vomiti, sintomi nervosi di esaltamento di alcuni sensi, nessuna paralisi, ed intelligenza normale.

In seguito a pneumonite veniva a morte, ed all' autopsia trovavansi tumori gommosi alle meningi ed aderenze di queste al cervelletto.

L'Autore ritiene all'appoggio, oltrechè di questi due fatti, anche di tutti gli altri già pubblicati, che la meningite sifilitica abbenchè abbia per sintomi abituali una cefalea quasi sempre continua e persistente, localizzata ad un punto della vôlta cranica accompagnata da vertigini e balordimento, ed attacchi analoghi agli epilettici, pure nel complesso dei sintomi presenta una diagnosi difficile; bisogna quindi tener conto dagli antecedenti, e del modo particolare di presentarsi di ciascuno di questi sintomi, i quali, come già dissero vari autori, presentano qualche cosa di differenziale da quelli della meningite per altre cause.

Parlando della encefalite sifilitica, egli dice che il cervello può sotto la influenza dell' infezione sifilitica divenire la sede di una alterazione che secondo la sua acutezza o la sua esistenza più o meno antica si trasforma, o in un indurimento parziale, o in fuochi di rammollimento, modificazioni paragonabili istologicamente al l' iperplasia del congiuntivo che si osserva negli altri organi.

Le gomme dell' encefalo presentano dei caratteri obbiettivi che variano a seconda delle loro fasi, e delle quali noi diremo parlando dell' anatomia patologica della sifilide.

Un caso importante di sifilide cerebrale è quello riportato dall' Autore, in cui cominciò la malattia con nevralgie fortissime e ribelli, che furono trattate da alcuni medici con insuccesso. A cui si aggiunse cefalea ed insonnia. Indi emiplegia destra seguita dopo da quella a sinistra, pianti frequenti con convulsioni alla faccia e paralisi degli sfinteri. Il ioduro di potassio apportava qualche miglioramento, miglioramento che cessava o riprendeva col cessare o riprendere del medicamento. Da ultimo però vennero in scena sintomi di mania, e demenza, che trassero a morte la paziente in stato di cachessia. All'autopsia si trovò ipertrofia delle ossa del cranio, fuochi giallastri costituiti in gran parte di elementi grassosi, lesioni renali.

Moxon riferiva un caso nel quale la sifilide aveva dato luogo ad una acuta infiammazione delle arterie cerebrali. Si trattava di un uomo d'anni 20, sifilitico e che da più mesi lamentavasi di cefalalgia. Sorpreso da un accesso epilettiforme, ne aveva impossibilità alla favella, alla deglutizione, emiplegia destra, morendone dopo 24 ore.

Diego Coco osservava nella clinica del prof. Tommasi cinque casi di sifilide cerebrale. Il primo di paralisi dell' oculo-motor

comune e lesione del cervelletto. Il secondo di lesione del ponte del Varolio e corpi quadrigemini, il terzo di emiplegia con epilessia riflessa, il quarto di vertigine e dermatite sifilitica, il quinto di paralisi dell' oculo-motore, patetico ed abducente, e ne deduce le seguenti conclusioni:

1.° In generale le affezioni cerebrali sono quasi sempre precedute da quelle della pelle e delle ossa.

2.° Sembrerebbe più frequente nei maschi.

3.° Le lesioni cerebrali non dipendono dall'uso fatto del mercurio.

Heubner dal canto suo avendo osservato che molte malattie psichiche sifilitiche offrono analogia colla paralisi generale, studiò i sintomi che permettono di fare un diagnostico certo. Eccone i principali: accessi epilettiformi, seguiti da emiplegia e disturbi di motilità che spariscono talvolta come nell' isteria; cefalea in principio, blefaroptosi, strabismo ed ambioplia. I primi due sintomi sarebbero caratteristici.

Su più ampia scala agiva Van-Buren. Egli riferisce la storia di 34 casi di sifilide nervosa, che presentarono sintomi di differenti esempi di sifilide: in essi vi furono 14 casi di emiplegia, come di paraplegia, quattro di epilessia, due di paralisi facciale, uno di paralisi del bicipite o deltoide e quattro di sconcerti intellettuali. Dallo studio di questi casi, commentati ciascuno molto diffusamente, principalmente in quanto riflette il diagnostico, e dal raffronto con quanto in simili casi osservarono altri autori, l' Autore trae le seguenti conclusioni:

1.° Che i sintomi nervosi dipendenti dalla sifilide possono nascere fino dalle prime settimane dopo l' ulcero infettante, o ad un periodo più tardo della vita dell' individuo.

2.° Che è presumibile, per lo studio delle autopsie pubblicate, che quanto più presto si manifesta un sintomo nervoso paralitico od altro, meno probabilmente l' autopsia troverà una qualunque lesione materiale; e che in un dato caso non vi esista una costanza di relazione tra la natura, situazione o gravità della lesione e la natura, la situazione e gravità dei sintomi nervosi ai quali la lesione può dar luogo.

3.° Che la congestione cerebrale è probabilmente la patologia di molti dei più precoci sintomi nervosi sifilitici.

4.° Che l' emiplegia sifilitica avviene, per l' ordinario, senza perdita della coscienza, anche quando l'attacco è improvviso, ma che la paralisi avviene abitualmente per gradi.

5.° Che la midriasi esistente, sola od accompagnata da altri

sintomi nervosi, senza positiva affezieno dell'occhio, è un indizio probabile di sifilide.

6.° Che la paralisi di singoli muscoli o serie di muscoli è frequentemente sifilitica.

7.° Che la paraplegia sifilitica in generale avviene gradatamente, sovente senza che un sintomo locale richiami l'attenzione del paziente sulla porzione di midollo affetta, e che è raramente completa. Che la vescica quasi sempre ne soffre più o meno, e richiede un trattamento speciale e locale. Che la paraplegia può svilupparsi come sintomo di sifilide ereditaria.

8.° Che l'epilessia sifilitica usualmente compare dopo i 30 anni in pazienti i quali non ebbero epilessia nella fanciullezza. Che il mal di capo facilmente precede gli attacchi. Che le convulsioni vengono sovente in molte rapide successioni colle intermittenze tra le serie di attacchi comparativamente lunghe, ma che durante questo periodo il mal di capo od altri sintomi nervosi esistono e si aggravano, e ciò all'opposto della epilessia idiopatica. Che l' epilessia sifilitica è soggetta ad essere associata o seguita da alcune forme di paralisi.

9.° Che l'afasia è sovente associata con intellettuali sconcerti causati dalla sifilide.

10.° Che la perdita della memoria è un sintomo nervoso comune della sifilide, come pure lo sono tutte le altre forme di sconcerto mentale, dalle miti allucinazioni ed illusioni alla vera pazzia e tutto ciò senza la necessità della associazione di paralisi.

11.° Che le disordinate espressioni di emozione sono soventi associate con debilità mentale accusata dalla sifilide.

12.° Che si debba aver cura di distinguere certi sintomi proprii della gotta da altri aventi origine dalla sifilide.

13.° Che la prognosi di regola è migliore per i sintomi nervosi prodotti dalla sifilide che non per gli stessi sintomi dipendenti da altrettanta lesione cagionata da altra malattia dei centri nervosi; ma che dopo la sosta della malattia è sovente lasciata un' indelebile impressione sul tessuto morboso, la quale si manifesta un'alterata funzione, ed è inguaribile.

Colla quarta e la settima di tali conclusioni però non conviene Owen Rees, il quale accennando a certi sintomi aventi un carattere speciale nelle affezioni sifilitiche del sistema nervoso e perciò bastevoli molte volte a rischiarare una diagnosi incerta, dice che l'attacco di paralisi è generalmente l'effetto di un esercizio violento, e si manifesta subito con sintomi allarmanti, come emiplegia o paraplegia, che assumono una irregolarità rimarchevole

nella loro distribuzione. Il dolore di testa e la sensibilità del cuoio capelluto non mancano quasi mai, evvi quasi sempre l'anestesia che persiste in grado leggiero anche dopo la scomparsa degli altri sintomi. La diagnosi è pure schiarita da ciò che l'afonia che si osserva molto spesso, è accompagnata da grande abbattimento e da fenomeni paralitici.

Cross da parte sua dice che bisogna sempre ricercare e riconoscere se vi sia la possibilità di un processo sifilitico, e non ricorrere al fantasma della sifilide tutte le volte che non si sa trovare altra causa a qualche forma paralitica. Fu anche detto che *un morbo cerebrale da sifilide il quale dia luogo all'emiplegia non è ordinariamente accompagnato dalla perdita di coscienza;* ma anche questa asserzione è assolutamente e veramente costante, perchè la perdita della coscienza dimostra solamente che la sostanza grigia del cervello non fu lesa. Un altro scrittore disse che nelle malattie sifilitiche del cervello, la *motilità va molto più affetta che non la sensibilità.* Ma anche questo dipende dal punto leso, giacchè in ogni caso di malattia cerebrale si trovano lesi i corpi striati se la sola forza motrice sia rimasta indebolita, mentre si troveranno affetti i talami ottici se fosse rimasta indebolita od accresciuta la sensibilità. Anche certe altre forme, quali le paralisi limitate, la cefalea, l'afasia, ecc., non si possono supporre sintomi di sifilide se non si hanno le prove certe di questa.

Dopo queste riflessioni espone due storie di ammalati per forme cerebrali dipendenti veramente da causa celtica.

La prima risguarda un uomo di 33 anni che all'età di 23 anni contrasse un'infezione sifilitica generale. Migliorato dietro cura regolare, divenne a poco a poco affetto da cofosi bilaterale, indi da cefalea con sintomi di alterata circolazione cerebrale, finchè dopo qualche tempo sotto una cattiva posizione del corpo venne preso da un colpo di apoplessia senza la *minima perdita di coscienza,* nè durante l'attacco nè dopo, ma paralizzato al lato sinistro del corpo. Migliorò dietro cura fino ad un dato punto di queste lesioni, ma poi il miglioramento fece sosta, solo cominciarono a migliorare la cofosi e a scomparire le eruzioni cutanee dopo l'uso dell'ioduro di potassio, mentre la cura dell'elettricità portava la paralisi ad un punto soddisfacente.

Nella seconda storia trattasi di un caso di emorragia cerebrale di origine specifica, in cui un'infezione presa già da anni produsse i sintomi conclamati di sifilide, indi nel periodo successivo un tumore gommoso della tibia, eppoi ingrossamento e dolorabilità

delle glandole epitrocleari e cervicali, e dopo alcuni anni disturbi agli occhi. Ridotto in uno stato da poter attendere alle sue occupazioni, ebbe sintomi nevralgici ad una gamba, e dolori pulsativi al capo notturni, indi fu improvisamente côlto da vertigini e cadde senza perdere menomamente la coscienza, restandogli paralizzato il lato destro, e la lingua. Coi mezzi ordinari acquistò qualche miglioramento, il quale restato poi stazionario finì per guarire solo quando messo in cura dell' Autore fu trattato coll'ioduro di potassio.

Acquistata quindi la convinzione della speciale natura del male e sapendo che non di rado la sifilide, attacca coi proprii prodotti quà e là isolatamente gli organi cerebrali e relativi involucri, non sarà difficile colla scorta della fisiologia fissare la sede della condizione morbosa. Così fece Bonfigli, il quale vedendo in un suo ammalato sifilitico insorgere una emiplegia con afasia, non esitò a ritenere che un essudato sifilitico avesse prodotta una embolia in un emisfero cerebrale, come già Federici per casi consimili ammetteva una alterazione della sostanza grigia corticale dei lobi cerebrali.

Specificando maggiormente la cosa, Giacomini per un caso analogo ne ritenne causa diverse gomme esordienti nei lobi anteriori del cervello e più specialmente nella terza circonvoluzione frontale. Ma lo stadio più bello e completo sulla afasia da causa sifilitica, è senza dubbio quello di Farnowsky, portato nel nostro idioma da Pirocchi e Porlezza, che del proprio vi aggiunsero assennate riflessioni ed ulteriori casi pratici.

Scopo del lavoro si è quello di stabilire le diverse forme di afasia che possono accompagnare le affezioni sifilitiche cerebrali e che Farnowsky divide in cinque classi:

1.° Casi di afasia dipendenti dall'alterazione dei conduttori che trasmettono le eccitazioni motrici volontarie ai centri coordinatori (osservazione 1.ª).

2.° Casi di afasia, di perdita di memoria dei vocaboli.

3.° Afasia per perdita totale della parola o difficoltà di pronuncia dei suoni articolati e penosa deglutizione.

Leiden dice questa forma dipendente dall'alterazione dei centri coordinatori dei movimenti muscolari indispensabili alla articolazione dei vocaboli, e la chiama *Accartria*.

In una quinta classe, comprende i casi che per mancanza di dati non ponno riferirsi alle forme suddette.

L' Autore riporta numerosi casi già descritti dai diversi autori e ne aggiunge tre dei suoi.

Seguendo un uguale indirizzo potrassi giudicare dalla lesione anatomica sifilitica unica e prevalente ad una data porzione del sistema encefalico, quando l'individuo presentasse isolata o prevalente la anormalità di speciali funzioni; in questa categoria cadrebbero, i fatti di Mollière, Cerasi e Diego Coco.

L'ammalato di Mollière aveva poco prima patito di metrorragia, dolori artritici, e cefalalgia. Entrava poco dopo nell'Ospedale della Croce Rossa, con cefalalgia, intense nausee, cardiopalmo, dolori esagerantisi alla notte, disfagia, e dolori alla cintura. Si rimarcava una depressione verso la base del torace, le cartilagini delle ultime coste sembravano portate in avanti. Eravi ingorgo al collo uterino, emorragie frequenti, anestesia del senso genitale. Diminuzione della forza visiva, papilla sinistra deformata, depositi di pigmento sulla retina, vene voluminose ed arterie ristrette. Diminuzione a destra della percettività da suoni. Anestesia dell'odorato e del gusto. L'ammalata aveva avuto tre gravidanze e faceva rimontare l'origine dei suoi mali ad una caduta fatta due anni prima. Però dieci anni innanzi aveva presentato placche ulcerate alle mammelle per aver dato latte ad un bambino sifilitico, e che furono curate con pillole mercuriali. Dopo non ebbe mai alcun accidente se non i sopra notati.

L'esito della cura confermava, come vedremo più oltre, la diagnosi circa alla quale non puossi a meno di ammettere che la lesione principale fosse alla base del cranio compromettendovi il lobo mediano del cervelletto. Il dott. Cerasi racconta di una donna di discreta cultura intellettuale, che cinque anni prima era stata affetta da bubbone creduto d'emblée con blennorragia virulenta. Dopo avere poscia goduto per due anni perfetta salute, incominciò ad accorgersi di indebolimento delle facoltà intellettuali ed affettive, ma principalmente della memoria. Era stata trattata con cure toniche, antinervosi, bagni di mare, elettricità, ma tutto senza alcun vantaggio.

Quando la visitava il dott. Cerasi, oltre alla diminuzione notevole della memoria, quali residui del male sofferto e rischiaranti la diagnosi, trovò un tessuto inodulare al sito del bubbone; l'ammalata accusava inoltre di aver sofferti incomodi nella gola che mantenevasi di un rosso cupo; eranvi adeniti cervicali e sottomascellari tipiche, iperplasia delle ghiandole tonsillari, ed un ulcero sulla tonsilla sinistra, da due mesi poi dolori reumatoidi e cefalea notturna.

Anche qui la cura chiarì la natura della malattia, la cui sede principale porre dovevasi negli emisferi cerebrali.

Diego Coco ebbe campo di osservare nella clinica del professor Tommasi cinque casi di sifilide cerebrale.

Nel primo eravi stato un indebolimento progressivo nelle facoltà intellettuali, cefalea frontale, paralisi istantanea della palpebra superiore destra, dell' elevatore del globo oculare, delle fibre circolari dell' iride; leggera contrattura nei muscoli della faccia, incesso incerto; si fece diagnosi di paralisi sifilitica dell' oculo-motor comune e lesione del cervelletto.

Nel secondo malato predominava la cefalea, non però sotto la forma di nevralgia; eravi ambliopia e quasi completa cecità, enuresi e paresi del retto non avvertendo più il sensorio, la pienezza della vescica e la raccolta fecale e mancando i segni di una affezione unilaterale dell'encefalo, o dei tronchi del 5.° paio. Il prof. Tommasi ventilò la questione se dovea riferirsi la fenomenologia presentata in debole grado alle parti profonde dei corpi striati, ai peduncoli del cervelletto, alla midolla oblungata o al ponte di Varolio, e siccome mancavano i segni caratteristici della affezione midollare, così l'ascrisse al ponte di Varolio e diffusa ai corpi guadrigemini.

La terza osservazione clinica riguarda una emiplegia con epilessia riflessa. Sette anni dopo la infezione primitiva l' individuo era assalito da colpo apoplettico con emiplegia destra, seguito da encefalite recidiva e dopo nove mesi da convulsioni epilettiformi; l' angolo labbiale sinistro era deviato, leggermente contratto il labbro superiore corrispondente, strabismo esterno a destra, ambliopia e diplopia. In simile caso si ritenne una alterazione nel corpo striato e talamo ottico quale cagionante l'emiplegia, oltre ad una circoscritta alterazione del 7.° paio, del corpo quadrigemino e dell' oculo-motore a destra.

La diagnosi nel quarto caso fu di vertigine, e la affezione cerebrale la si ritenne sifilitica, perchè i fatti della alterazione del cervello erano molto limitati, e la sede propria della alterazione fu fissata ad una delle eminenze gradrigemine, sebbene non fossevi disturbo alcuno nella visione.

Il quinto caso di paralisi dell' oculo motore, patetico ed abduttore, non ha importanza speciale.

In un campo ancora più incerto è forza spaziare quando trattisi di pazzia; e circa ad essa devesi avere a gran fortuna l'intervento della sifilide, perocchè, salvo il caso di troppo inoltrate lesioni, dessa si lascia vincere. Ciò per due volte su tre otteneva Drear, e perchè ai pratici non avessero a sfuggire simili scarse favorevoli occasioni, Wille tracciava alcune norme allo scopo di

poter rilevare quando sussistano o meno rapporti fra la sifilide costituzionale e la psicosi.

Questa affezione, quando sia sifilitica, può presentarsi sotto due forme: debolezza intellettuale congenita, e malattia mentale acquisita: l'Autore studia questa seconda forma. Dopo le osservazioni del dott. Wille si riscontra la sifilide come causa di alienazione mentale in 2 a 2,5 su cento degli ammalati, sebbene è probabile sia più frequente. Le osservazioni dell'Autore abbracciano 77 casi, dei quali 11 sono proprii dell'Autore.

Il sintoma più frequente di alienazione sifilitica è una demenza progressiva con perdita della memoria, non senza idee di grandezza, e preceduta ordinariamente da un periodo di melanconia.

L'alienazione sifilitica può rivestire tutte le forme delle malattie mentali. Quasi sempre esistono sintomi di disordini cerebrali fisici (paralisi, iperestesie ecc.), e una caratteristica cefalalgia.

Sebbene possa dichiararsi subito, pure è sovente preceduta da accessi epilettiformi; molte volte si manifesta sotto la forma di melanconia acuta o delirio acuto, ma sono casi rari. Se ne distinguono tre gruppi principali: 1.° Le forme irritative. 2.° Le forme con sintomi di disordini fisici generali. 3.° Le forme con sintomi di alterazione organiche circoscritte al cervello.

Il primo gruppo ha ordinariamente per causa uno stato d'anemia del cervello, il secondo alterazioni delle meningi, il terzo delle lesioni circoscritte, come rammollimenti parziali, ateromi, trombi, ecc., fra cui i neoplasmi gommosi sono i principali.

La diagnosi si fonda sull'anamnesi, sui sintomi di sifilide costituzionale concomitanti, e soventi riesce dubbia.

Il pronostico è favorevole se la psicosi è primaria e senza complicazioni; se vi hanno convulsioni o paralisi localizzate è riservato, cattivo quando si ha paralisi progressiva.

Il dott. Wille fa della psicosi sifilitica e della paralisi progressiva degli alienati una sola malattia.

Altri casi di psicosi d'origine sifilitica pubblicarono Williams, Grainger, Stewart, Saudberg, e Sylver. Ad onta però di tutti questi fatti, Lancereaux mette ancora in dubbio una vera forma di mania o di paralisi progressiva sifilitica.

Ad ogni modo, egli dice, non bisogna dimenticare che queste forme assumono un aspetto tutto affatto particolare da quello che si osserva negli individui non sifilitici che vengono attaccati da queste malattie.

Comunque sia, è difficile nella sifilide cerebrale il trovare isolate o quasi singole facoltà in modo da esserne improntate con caratteri affatto speciali; quasi sempre, come già si disse, la alterazione per la sua estensione o moltiplicità, lede più funzioni ad un tempo. Ciò risulta anche dalla recente casuistica che ci è dato raccogliere da Ramskill, Ambrosoli, Cantani, Solari, Guy, Zeissl, Ottoni, Staub, Morat, e Charcot.

Osservazione di Ramskill. — Un giovane malsano presentava l'incesso barcollante, strabismo esterno sinistro, ptosi e contrazioni muscolari della faccia di questo lato, accessi di epilessia da otto mesi in numero di 4, indi dolore alla sommità del capo, insonnia, ebetismo, sordità sinistra, vista da questo lato imperfetta, papilla dilatata e poco contrattile, inappetenza, difficoltà alla deglutizione. Incoerenza nelle risposte, per cui non si possono avere dati anamnestici precisi.

Osservazione di Ambrosoli. — Trattasi di un uomo di 26 anni che entrava nell'Ospedale Maggiore di Milano per sifilidi cutanee, pleiadi cervicali, alopecia e dolori reumatoidi. Il male datava da 4 mesi e mezzo, epoca in cui contrasse un ulcero indurito alla corona del glande. L'ulcero guariva colla cicatrizzazione ed aveva fatto una cura incompleta e interrotta colle pillole dello Dzondi. Ventidue giorni dopo che decumbeva nell'Ospedale e che veniva curato col metodo locale e generale (pillole del Ricord) era preso da un accesso epilettiforme, di cui non aveva mai sofferto nè egli nè alcuno di sua famiglia. Gli accessi ad onta di sanguisughe e purganti si ripetevano e si facevano più violenti, e caratteristici di epilessia e dopo di essi ancora si presentò una psoriasi.

E quì è da notarsi adunque che la epilessia sarebbe stata compagna a forme secondarie anzichè terziarie, donde verrebbe avvalorata l'opinione di coloro i quali credono potere una tal forma essere determinata più che da alterazione materiale, da una speciale influenza che il *virus* sifilitico può esercitare sul sistema nervoso senza lederlo. Ma l'Autore anzichè ammettere ciò, preferisce vedervi una novella prova della artificiale anzichè naturale divisione in due stadi separati della sifilide costituzionale.

Osservazione di Cantani. — Un uomo a 48 anni, avente anche il fegato sifilitico, presentò cefalea, indi emiplegia sinistra con andamento progressivo, strabismo divergente destro e leggiera blefaroptosi.

Il prof. Cantani accenna pure ad altro caso di sifilide cerebrale, con emorragia cefalica ed emiplegia sinistra.

Osservazione di Solari. — Si trattava di una signora affetta da sifilidi papulose alla faccia, alle pudende ed all' ano, più una perdita bianca muco-purulenta della vagina. Dopo due mesi l'ammalata sentiva efficacemente l'effetto della cura specifica, quando vennero in scena degli accidenti cerebrali. Dapprima cefalalgia frontale susseguita da atroce cefalea al sincipite, occhi iniettati, vampe di calore, e brividi alternanti, vista vacillante, polsi piccoli, serrati, frequenti, vomiturizioni ad ogni volta che l'ammalata tentasse sollevare il capo.

Osservazione di Gay. — Sono due casi di sifilide secondaria conclamata nei quali in nn con questi fenomeni insorsero anche quelli derivanti da una lesione del cervello, come cefalea, sussurrìo alle orecchie, indebolimento degli arti, indi perdita di favella, di motilità, ecc. Il primo di questi casi colla opportuna cura andò a guarigione, il secondo invece andò a morte e l'autopsia constatò un avvallamento della parete cranica interna, che presentava nella cavità, un rammollimento di un punto della sostanza cerebrale alla distanza di circa 3 1|2 a 4 cent. dal centro dell' emisfero destro, e gomme del polmone destro.

Osservazione di Zeissl. — In questo caso erano all' esordire della sifilide insortì rapidamente sintomi cerebrali che dissiparonsi con pari celerità e Zeissl la riferisce appunto per dimostrare come sia inesatto il credere che simili manifestazioni dipendano sempre da lesioni materiali delle meningi e del cervello, il che invece si verifica quando tali appariscenze morbose si presentino lentamente e che l'Autore attribuisce a gomme incominciate nel cranio ed accompagnate a suppurazione delle ossa. A questo modo di vedere sarebbe indotto anche dalla facilità che si ha di trovare in questi sifilitici la albuminuria come nella detta lesione dell'ossatura.

Osservazione di Ottoni. — L' ammalato contava 35 anni; sei mesi dopo l' infezione primitiva era stato assalito prima dal piccolo male, indi da un accesso con perdita di coscienza e che ripetevasi. Indi ebbe dolore acuto al piede sinistro, e torpore al braccio destro, ma passaggieri; gli rimaneva però una difficoltà grande a trovare le parole per esprimere le proprie idee, d' altronde chiare; uguale era per lui l' imbarazzo nello scrivere, ripeteva più volte la stessa parola o ne scriveva un' altra e poi si confondeva, avvenendo in allora un certo turbamento nella intelligenza.

Osservazione di Staub. — Sono due casi. Nel primo a quattro mesi dopo l'incidente primitivo, essendo il malato affetto da ru-

beola e dolori osteocopi, senza precedenza di contrattura o convulsioni ma appena di leggiera sonnolenza, venne repentinamente assalito da emiplegia sinistra, con integrità della sensibilità generale ed esagerazione della riflessa.

Il secondo fatto si riferisce ad una donna di 42 anni, nella quale presentaronsi lentamente i seguenti sintomi: lingua deviata, la commissura sinistra dalla bocca tirata in alto, difficile la parola, pupilla dilatata e lenta. Intelligenza intatta. Abolizione della motilità e sensibilità tattile e dolorifica nei membri superiori ed inferiori sinistri. Apiressia; l'ammalata nega ogni accidente sifilitico e si rifiuta all' esame dei genitali. Alcuni gangli a corona all'inguine.

Osservazione di Mérat. — Un uomo di 26 anni aveva sofferto sei anni prima un ulcero indurato al solco balano-prepuziale, susseguito dopo tre mesi da sifilide secondaria, che indusse principalmente alle gambe ulcerazioni che guarirono dopo un anno e mezzo. Poco dopo altra eruzione. Allora fa una cura e ritiensi guarito. Cinque anni dopo l'accidente, cefalalgia che va crescendo e limitata al lato sinistro. Dopo sei mesi in una notte senza prodromi, tranne la cefalalgia, è preso da paralisi sinistra, sensibilità intatta. Intelligenza conservata. Parola difficile. Due mesi dopo stava molto meglio in modo da lavorare nel suo mestiere di modellatore. Se non che si accorse che il piccolo dito della mano paralizzata deviava dall' asse della mano continuamente, e dopo alcuni giorni tutte le dita son prese da movimento coreico. Da questo momento la paralisi non migliora più. E i movimenti coreici persistettero sempre più, che anzi venne preso anche il piede sinistro. Dalla cura antisifilitica (mista) in 4 mesi non si otteneva alcun miglioramento.

Avvi in questo caso relazione fra il fatto della corea e della sifilide e l' emiplegia? Questa andò migliorando fino alla comparsa della corea, poi stette stazionaria Forse vi sarà un rapporto di casualità, ma non lo si può affermare.

Osservazione di Charcot. — Questo professore comunicava alla Società di biologia la storia di una donna nella quale erano certi gli antecedenti sifilitici costituzionali. Essa, entrata alla Salpêtrière, offriva i caratteri della emiparaplegia, con iperestesia dallo stesso lato, mentre dal lato opposto, il destro, eravi sensibilità in parte spenta e motilità conservata. Diagnosticava lesione laterale sinistra della midolla. Indi sopraggiungeva paralisi facciale destra, con diminuzione della contrattilità elettrica muscolare, e nello stesso tempo perdita del gusto, indi paralisi del motore

oculare comune destro, ed amaurosi per atrofia della papilla, che si estendeva a tutta la retina.

All'esame necroscopico trovaronsi parecchie gomme nei centri nervosi, due particolarmente alla superficie del bulbo, dell'aspetto di placche violacee alla periferia, gialle al centro. Altre al peduncolo cerebrale sinistro, e sui corpi genicolati e sui cilindri ottici. Una placca di sclerosi grigia nei cordoni laterali a sinistra della midolla, ed al livello della porzione inferiore del gonfiamento cervicale una massa analoga a quella dell' encefalo. Da ciò segue che la sclerosi consecutiva può essere provocata dalle gomme, il che non senbra fare la sclerosi a placche. É il secondo caso che osserva Charcot. Anche il cervelletto può sentire l' influenza della sifilide e Perroud ne pubblicò una storia clinica, in cui dietro manifestazioni sifilitiche si ebbe la poliuria per cui soccombette l' individuo, ed all' autopsia trovossi un tumore al 4.° ventricolo.

Lancereaux ne riporta un altro caso che si riferisce ad un individuo che contrasse la sifilide, senza accidenti secondari, ma dopo qualche tempo da una caduta venne preso da emiplegia lenta progressiva che guariva coll' uso dell' ioduro di potassio. Succedeva indi a non molto un altro attacco al lato opposto ed il ioduro lo guariva ancora. Più tardi ebbe gomme quà e là sparse che guarirono ancora collo stesso rimedio. Subentravano dopo i sintomi delle polisarcia e della polidipsia che resero l' individuo mano mano in stato miserando, finchè sopraggiunse la morte. All'autopsia: esostosi alle ossa multiple e con aderenza della dura madre. Il cervello sano. La midolla spinale, i nervi e gli organi dei sensi non furono esaminati.

In onta alla incertezza però nella diagnosi delle affezioni sifilitiche intracraniche G. Owen Rees fa notare che in generale queste forme hanno fisonomia speciale. Così la paralisi insorge bruscamente e con una certa gravezza, ed è molto irregolare nella sua distribuzione. Non vi manca quasi mai il dolore di testa e la sensibilità al cuojo capelluto. È pure frequentissima l'anestesia e l'afonia, la quale quando è compagna a grande abbattimento ed ai fenomeni paralitici, serve molto a rischiarare la diagnosi.

Quale passaggio della sifilide cerebrale alla spinale possonsi considerare le lesioni del midollo oblungato ed infatti Zambaco, Grör, Mobut, Follin, Gibut, Jaksch, ecc. attribuiscono a sintoma non raro della sifilide cerebrale il diabete mellito, che ripete la propria origine da una lesione del 4.° ventricolo. Di simili fatti

uno abbastanza chiaro venne anche recentemente osservato da Accettella.

Nell'ammalato di questo medico, in seguito ad ulceri sifilitici, nascevano dermatosi non che malattie oculari di uguale natura e che trattate coi preparati jodici svanivano. Rimanevagli però un notevole dimagramento accompagnato da poliuria zuccherina senza alcun altro sintoma cerebrale, per cui Accettella giustamente fece diagnosi di neoplasma al pavimento del 4.° ventricolo.

Quando però i cordoni fibrosi che vanno a costituire la massa midollare sono entrati nello speco vertebrale e restano avvolti dalle meningi, in allora, per quanto circoscritta ne sii la lesione, è difficilissimo il precisarne dai sintomi la sede, perocchè ristretti in quel canale osseo e nelle dette membrane, la alterazione stessa quanto il turgore provenientene, compromette le parti vicine. A ciò si aggiunga che le sottostanti, sebbene sane, possono figurare lese, restando facilmente separate dal centro encefalico; perciò i pratici sogliono raggruppare consimili manifestazioni col nome di mielite spinale. I casi di simile affezione però bene caratterizzati, e massime i confermati dalla autopsia, sono rarissimi. In questi ultimi anni per altro vi apportarono illustrazione Mollière, Bayer, Chevalet, Charcot, Gombault, Follet, Hale e Moxon.

Il caso di Mollière si riferisce ad un merciajuolo di 41 anni che aveva sofferto 15 anni avanti di ulcero infettante susseguito da sifilide costituzionale, che arrivò ai suoi stadii più avanzati non risparmiando i testicoli e l'ossatura. Da qualche tempo, in onta alla cura specifica, cui era stato assoggettato, erasi manifestata la iscuria da paralisi vescicale, inerzia intestinale, prolasso del retto ed indebolimento alle gambe, che passò allo stato di vera paraplegia. Frattanto eransi presentati quali fenomeni straordinarii una involontaria emissione di orine e di feci brusca e dolorosa, che contribuiva ad abbatterlo. La sensibilità era rimasta intatta, l'arto sinistro però ai movimenti impressigli doleva di molto; sopraggiunsero alternati il delirio, il coma, il singhiozzo, infine la morte.

L'autopsia del sistema nervoso venne limitata alla parte inferiore del midollo per la estensione di 20 centimetri e si ebbero i seguenti reperti:

Una notevole quantità di sangue sgorgava dai seni ossei e dalle membrane vivamente congeste; una iperemia manifestissima esisteva pure alla porzione corrispondente del midollo; grossi vasi serpeggiavano a destra ed a sinistra frammischiati ai

cordoni nervosi della coda equina ed uno a sinistra (dalla qual parte era pure dolentissimo il membro inferiore) manifestamente era più congesto degli altri.

Che poi una tale mielite acuta la si dovesse ritenere in rapporto colla sifilide, l'Autore lo deduce dall'epoca della sua comparsa, dalla malignità degli accidenti anteriori e dalla coincidenza colla comparsa dei fenomeni terziarii. Si aggiunga ancora che probabilmente qualche neoplasma si sarebbe forse trovato nella parte sovrastante e non ispezionata del midollo.

Il malato di cui fa parola Bayer era un ufficiale il quale cinque anni prima avea sofferto di sifilide benigna susseguita indi a cinque da angina che guarì senza specifici; l'anno dopo esantema papuloso, dopo tre anni ancora angina. Indi tumore all'ultima vertebra cervicale, che poi scompariva per comparire ancora 4 mesi circa dopo, ma in altro posto, sul capo, agli angoli frontale e parietale sinistro, che andò aumentando e produsse seri accidenti. Inoltre si manifestò difficoltà al moto della gamba, indi paraplegia completa, paresi della vescica, e poco dopo la paralisi guadagnava anche le membra superiori. La diagnosi fu di una paralisi spinale ascendente acuta sifilitica, e l'esito fortunato della cura la confermava.

Ugualmente successe nel fatto raccontato da Chevalet.

L'individuo del quale egli dice, avea contratto nel 1860 un ulcero indurato con adenite inguinale della stessa sorta seguiti indi da adenite cervicale, male di gola, e dermatosi, delle quali affezioni guariva mediante il liquore di Van-Swieten e ioduro di potassio. Ma quattro anni appresso, quasi improvvisamente dopo ripetute diarree e dolori ai lombi, gli si manifestò la paralisi alle estremità inferiori, che gradatamente si estese alle superiori ed alla lingua. See, che vedeva il malato, diagnosticò un'affezione sifilitica agli involucri del midollo ed in base a ciò diresse felicemente la cura.

Charchot e Gombault riferiscono una storia clinica interessantissima, massime per la minuta descrizione dei caratteri anatomici trovati nelle alterazioni della midolla, e della quale noi diremo nella parte anatomo-patologica di questa nostra rivista. Ciò dicasi pure dei fatti di Hale e Moxon. Quello di Follet, al pari dei già esposti di Baer e Chevalet, furono casi di paralisi di origine spinale, sopravvenuta in seguito a sifilide costituzionale, in cui se vi erano tutti i sintomi razionali della vera mielite, non si poterono constatare le lesioni anatomiche, perchè la cura mercuriale ne guariva gli infermi.

In sul confine fra le affezioni sifilitiche centrali e le periferiche trovansi le lesioni oculari, la cui diagnosi, specialmente dopo la invenzione dell'ottalmoscopio, puossi dire avere raggiunta la perfezione, ed essendo ciò opera di questi ultimi anni, non mancarono i studiosi di interessarsene pubblicando utili lavori in argomento.

I professori Quaglino e Scarenzio sotto il titolo di « Tributo alla storia delle malattie sifilitiche del sistema nervoso » pubblicavano in collaborazione nel 1863, diciotto osservazioni, 14 delle quali riferentisi a malattie oculari. Per la storia loro dettagliata noi rinviamo il lettore ai volumi 183 e 186 di questo stesso giornale, ove furono pubblicate. Giova per altro qui ripetere la conclusione cui il prof. Scarenzio quale relatore addivenne:

« Arrivato al termine di queste importanti narrazioni, dice egli, onde mostrare come i giusti e sicuri mezzi di osservazione e di cura conducano agli identici risultati e li perfezionino a vicenda, senza interessarmi di ciò che gli altri dicano in proposito, colla autorevole scorta dell'illustre clinico ticinese conchiuderò:

1.° Se nei casi di simil genere non si è autorizzati ad ammettere per la retinite sifilitica caratteri fisici speciali e patognomonici, si può però asserire che nella pluralità di essi questa malattia invade specialmente il dominio dalla papilla e qualche spazio della retina all'intorno di essa e la provincia della macchia lutea; che spesse volte la papilla presenta al suo contorno delle masse di pigmento nero che la rendono irregolare, il che sembra dovuto ad una aumentata proliferazione delle cellule pigmentali della coroidea; che la retinite sifilitica termina soventi colla degenerazione atrofica pigmentosa della retina più o meno estesa, colla atrofia dei vasi retinici e della sostanza nervosa della papilla e con offuscamento del polo posteriore della retina stessa manifestantesi con un riflesso bigio particolare e cinereo più intenso lungo il decorso dei vasi; che finalmente nei casi di retinite grave anche la coroidea può essere compresa dalla alterazione dando luogo ad essudati sierosi o linfatici giallicci, mancanza di pigmento, compressione della retina ed all'atrofia dello strato contiguo dei bastoncini. In tali casi le cellule pigmentose della coroidea si infiltrano nelle maglie del tessuto retinico atrofizzato e danno luogo a quella particolare alterazione che si chiamò retinite pigmentosa, mentre non è che una fase della atrofia successiva; un tale marezzamento pigmentoso può estendersi a tutta la superficie retinica ed occupare anche la papilla del nervo ot-

tico. Quando l'amaurosi da retinite sifilitica è secondaria alla diffusione di un processo morboso dell'iride alla coroidea ed alla retina, benchè la papilla sia ancora aperta, gli essudati che lo offuscano sotto forma di pseudo-membrane bigie e di aderenza alla capsula anteriore e l'offuscamento degli strati superficiali del cristallino, impediscono l'esame del fondo oculare. La retinite e la coroideite sifilitica al pari dell'iritide si manifestano per lo più negli stadii avanzati della sifilide costituzionale ed appartengono ai fenomeni secondarii o terziarii.

2.° I sintomi funzionali che presentano i pazienti affetti da retinite o da retino-coroideite sifilitiche sono nella pluralità dei casi i seguenti:

a) L'astenopia o facile stanchezza della vista, la vista tremula ed incerta, un certo grado di fotofobia, la vista di scintille, di globi di fuoco, di macchie nere, la crupsia o pseudo-crupsia, la falsa percezione dei colori, e la vista subbiettiva di globuli a colori diversi, o di corpuscoli volitanti nel campo visuale (miedesopsia).

b) L'annebbiamento e l'accorciamento del potere visivo che va gradatamente crescendo.

c) La limitazione progressiva del campo visuale, che comincia per lo più dalla periferia e si va concentricamente restringendo finchè si limita ad un piccolo circolo. Molte volte l'offuscamento della vista comincia dal centro visuale. Nell'un caso e nell'altro la vista può rimanere limitata od estinguersi affatto con un decorso progressivo.

d) La emeralopia, che si nota di spesso nei casi di degenerazione od infiltramento pigmentoso della retina nei soggetti sifilitici, è un fenomeno che appare assai tardi e sembra l'effetto della diminuita sensibilità della retina e della progrediente atrofia della papilla.

e) Se la sifilide costituzionale ha dato luogo a periostiti basilari, od orbitali, od a gomme nelle quali sieno compresi i filamenti del quinto paio, i pazienti vengono di soventi travagliati contemporaneamente all'offuscamento di vista, da violenti nevralgie che esacerbano durante la notte. I bulbi si fanno molte volte esoftalmici. Talora appare un dolore acuto alle tempia ed alla fronte quasi continuo; non è poi difficile che in simili casi i nervi motori ne siano affetti.

3.° Queste affezioni tengono un decorso assai lento, non sempre regolare, massime se si interviene curandole; qualche volta per altro decorrono assai rapidamente.

La 4.ª conclusione riguarda la cura, della quale diremo a suo luogo.

5.ª La guarigione sarà possibile solamente quando non sia ancora successa l'atrofia della papilla, non avendosi nel caso contrario alcun vantaggio dalla scomparsa degli essudati e quindi dalla cessata compressione. Nella eventualità poi che oltre al nervo ottico ed alla retina vi sieno altri nervi affetti, è più facile che si ripristini la funzione di questi anzichè quella dei primi di una struttura molto più elevata e complessa. Se la retina rimane un poco offuscata, purchè sia in tutto lo strato dei bastoncini e dei coni, si avrà un offuscamento di vista, ma solo per gli oggetti lontani.

Ed a prova che tali corollari sono basati a severe e precise osservazioni sta il fatto che avendo anche Galezowski, alcuni anni dopo studiata la retinite sifilitica, vi concordava colle proprie seguenti conclusioni.

1.° La retinite e la nevrite sifilitica possono esistere senza alterazione della coroidea, il più soventi sotto forma di retinite apopletica ed essudativa, ma di rado.

2.° La retinite sifilitica non presenta segni patognomonici diversi dalle altre retiniti.

3.° Se però la retinite o la nevrite ottica sono accompagnate da irite o coroideite, corpi mobili nel vitreo, allora l'affezione è sifilitica.

4.° I disturbi della facoltà cromatica sono costanti nelle sue due forme di alterazioni oculari e sopratutto nella nevrite ottica.

5.° (Questa conclusione riguarda la cura).

6.° La coroideite sifilitica è una delle forme le più frequenti nelle ambliopie e amaurosi sifilitiche. I segni ne sono patognomonici. *a*) Disturbi o perdita della vista per accessi soventi ad intervalli lunghi. *b*) Nubecole sotto forme di tele di ragno nuotanti avanti agli occhi. *c*) Fotopsia frequente. *d*) Fotofobia. *e*) Emeralopia ad un periodo avanzato. *f*) Conservazione per lungo tempo della visione cerebrale con diminuzione della periferica. *g*) Papilla annebbiata. *h*) Retinite pigmentosa in periodo avanzato. *i*) Atrofia dei vasi centrali della papilla; conservazione della tinta rosea dovuta ai vasi cerebrali nutritivi del nervo ottico.

7.° La retinite pigmentosa si sviluppa soventissimamente in seguito ad una coroideite sifilitica.

8.° Le macchie pigmentose sifilitiche si depositano lungo i

vasi retinici; e formano anche degli ammassi circolari, circinati.

9.° La retinite pigmentosa sifilitica acquisita non differisce dalla congenita, principalmente dalla ereditaria, che per la forma circolare delle macchie pigmentose.

10.° La retinite pigmentosa è anche un'affezione sifilitica ereditaria.

Durante l'epoca cui si riferisce la nostra rivista, pochi ebbero la opportunità di studiare la sifilide delle diramazioni nervose.

Noi infatti non sapressimo citare che Lane il quale riferisce un caso di paralisi del settimo paio; Hughlings Jackson, ed Hutchinson, che videro la distruzione delle radici e del tronco del quinto paio cerebrale; e Méric che affatto recentemente espose cinque casi di affezione sifilitica al terzo paio, e che meritano di venire in modo speciale ricordati.

La prima osservazione si riferisce ad un caso di sifilide papulosa, con midriasi senza ptosi nè paralisi dei muscoli obbliqui. La seconda: midriasi sifilitica dell'occhio sinistro, ptosi e nessun'altra paralisi oculare; la terza: sifilide terziaria, necrosi dell'osso orbicolare, midriasi, immobilità dell'occhio, senza ptosi; la quarta: sintomi primitivi distruttivi, sifilide generalizzata, manifestazioni gravi, affezione del terzo paio con ptosi, scrofola, ingorgo sifilitico delle glandole cervicali; la quinta: sifilide terziaria, affezione del terzo paio, midriasi, ptosi.

Noi piuttosto che descrivere queste diverse forme troviamo più confacente a questo nostro lavoro, dare un'idea delle conclusioni che emergono dallo scritto dell' illustre clinico di Londra, che sono:

1.° In questi ammalati le lesioni oculari furono sempre favorevolmente modificate, se non completamente guarite.

2.° La sifilide può agire sul nervo motore oculare nello stesso modo della diatesi reumatica, dell'infiammazione, dei tumori, ecc. Questi casi sono rari.

3.° Il terzo paio può essere colpito da sifilide in seguito di sintomi generali leggeri, come di sintomi gravi, tanto al periodo secondario come al terziario.

4.° Il pronostico in genere è favorevole.

5.° Riguardo alla cura si somministrarono i preparati mercuriali e iodici, e contro la midriasi, la fava del Calabar, forse per dar tempo alla cura generale di agire sull' organismo, in modo di favorire l' assorbimento degli inspessimenti dell' inviluppo dei nervi.

6.° L'Autore suppone che nella sifilide si produca un ispessimento dell'inviluppo dei nervi, come succede in altri tessuti fibrosi sotto l'influenza della stessa diatesi.

Dopo avere così tenuto dietro alle speciali manifestazioni sifilitiche, quali presentansi negli adulti, abbiamo potuto viemaggiormente convincerci che desse sono sempre ben lontane dal tenere un decorso fisso e regolare; ma se anche le prove succitate mancassero, varrebbero ad insegnarcelo i fatti non rari di sifilide latente che la pratica osserva e la storia registra, ed ai quali recentemente ne aggiunsero uno per ciascuno Hutchinson e Fournier.

Il paziente veduto e curato da Hutchinson a lui presentavasi per molte piaghe alla mucosa delle labbra datanti da un anno; portava anche una cicatrice lasciatagli al labbro inferiore da una piaga due anni prima.

L'ulcero primitivo erasi manifestato ai genitali dodici anni avanti, guarendone presto colla cura locale e senza conseguenze; un anno o due dopo ebbe una piaga su una gamba, poscia era stato bene fino all'esordire dei sintomi attuali. A quattro o cinque anni dalla infezione primitiva erasi ammogliato, avendone quattro figli tutti vivi ed in ottima salute. Da queste circostanze l'Autore ne deduce: 1.° che un paziente che stette in apparenza benissimo per otto o dieci anni può presentare ancora sintomi terziari; 2.° che può persistere l'infezione in un caso, sebbene i sintomi secondari o manchino o sieno tanto lievi da passare inosservati al paziente; 3.° che i figli di un uomo con sifilide latente possono essere apparentemente sani.

Ancora più notevole si è il caso osservato da Fournier. In esso la prima infezione era avvenuta al 17.° anno seguita da fefenomeni secondari, indi da carie mascellari a 69 anni e poi ad tumore gommoso a 72, e quindi l'origine della infezione rimontava a non meno di 55 anni, ed era stata latente per 52. Devesi quindi ritenere possibilissima una sifilide di così vecchia data, sia perchè non fuvvi una seconda infezione, sia perchè se la scienza ha già ammessi altri periodi di 38, 40 anni, si potrà ammettere anche quello di 52; e questa è senza dubbio la più forte ragione.

§ 3.° *Sifilide ereditaria.* — A considerare la sifilide ereditaria come una particolare specie di malattia, i sifilografi vennero indotti specialmente da due sorta di argomenti. Da quelli cioè che emanano dal modo col quale l'organismo del feto resta inquinato, e dai caratteri che alcuni le vollero in modo speciale attribuire.

Uno dei principali punti trattati in riguardo a questa specie di sifilide si fu senza dubbio quello della provenienza della sifilide all'atto del concepimento per sola opera del padre, e se i casi di Delore e Diday di trasmissione della sifilide dal feto alla madre fossero stati ammissibili, se ne avrebbe avuto con essi una prova, ma pur troppo il sospetto di Aubert e Chelatier del possibile intervento di un ulcero intra-uterino ne affievoliscono il valore, quantunque manchi sempre il tempo che sarebbe stato necessario perchè la madre ne fosse restata, sia pure in modo latente, infetta per servire di intermediario fra il marito ed il feto. Eppure tale è il dubbio accampato anche da Mireur, il quale nel mentre non osa assolutamente negare la influenza paterna nella trasmissione della sifilide al feto, dice però che dessa ha sempre bisogno di un intermedio. Egli si lascia imporre dalla rarità della sifilide congenita in confronto del gran numero di padri sifilitici; dalla frequenza invece di essa quando sii infetta la madre, alla quale addossa per così dire la responsabilità (spesso però incolpevole) dei bambini sifilitici. Se quindi l'Autore non ammette, come asserisce, che un individuo sifilitico, possa coll' intermezzo di una donna incinta rendere ammalato il feto rinchiuso nell'utero, ciò sarà per una questione di tempo, essendo attendibile in questi casi il di lui sospetto che probabilmente la madre sii stata infettata prima.

Con tutto ciò bisogna confessare che non si può separare la idea della facoltà che ha lo sperma di trasmettere al bambino altre malattie diatesiche, non che il genere della costituzione, la fisonomia, il carattere morale, ecc., dalla possibilità che abbia a fare lo stesso per la sifilide.

A questo proposito il prof. Scarenzio già faceva in una delle antecedenti sue riviste osservare, che finchè si credeva lo sperma un mero prodotto di secrezione, la cosa poteva non solo discutersi ma anche negarsi, dopo però che venne dimostrato constare desso di cellule sommamente vitali e che entra con pari influenza dell'ovolo a costituire il germe vivificato, bisogna pure accomunargli una triste proprietà. Le cagioni poi della preminenza che l'ovolo tiene sulla cellula spermatica sono tuttora ignote e lo stesso Gamberini non azzardando alcuna ipotesi si limita a dire: 1.° Che il padre per la sua potenza fecondante può trasmettere la sifilide al bambino; 2.° Che non si può ammettere che il feto reso in questo modo sifilitico possa dimorando nell'utero ammorbare la madre; che per lo meno non hansi le prove certe onde ammetterlo; 3.° Non potersi accogliere la supposizione che un

uomo sifilitico coabitando con donna incinta possa comunicare direttamente la malattia al feto senza infettare la madre; 4.° Alloraquando la labe ereditaria proviene dal solo padre succede l'aborto nei primi mesi della gestazione, non soffrendo la madre che gli inconvenienti di tale sconcio

La preponderanza della sifilide congenita per causa della madre però non resta punto da questi casi infirmata e poco in questi ultimi anni dai sifilografi si aggiunse. Mireur dicendola frequentissima e fatale, ammette però che in certi casi essendo la sifilide debole nella madre potrà mancare al *virus* la forza per agire sul feto. Il prof. Gamberini, appoggiandosi a quanto disse il prof. Ercolani sul rapporto anatomico tra la placenta ed il feto, esplica questioni vitalissime.

La placenta secondo l'Ercolani è formata di due parti, la materna di struttura glandolare e secernente, e la fetale di struttura vascolare ed assorbente. Il sangue della madre non viene in nessun caso a contatto coi vasi che trasportano quello del feto.

Nei primi momenti lo scambio dei materiali fra madre e feto è diretto fra le cellule della serotina ed il tessuto non ancora vascolarizzato dei villi, mentre la nutrizione ha luogo per l'umore fornito dall'organo glandolare e la porzione fetale ed assorbente della pacenta e non col sangue della madre col quale i villi del corion non sono affatto in contatto. Insomma l'endosmosi è il fondamento vitale del feto; l'esosmosi è l'opera capitale nutritizia della madre.

La sifilide materna quindi si comporterà diversamente sul feto secondo l'epoca della gravidanza. Tanto più il compimento di questa sarà prossimo, tanto meno facile riescirà il trapasso al feto della malattia. Potrebbe per altro, se sollecita, infettare il feto anche dopo il 7.° mese, come se tardiva, risparmiarlo succedendo la contaminazione materna ai primi tempi della gravidanza. Ed a proposito dell'argomento il prof. Gamberini esterna una sua opinione dicendo che essendo la placenta un organo glandolare e d'altra parte dovendosi riconoscere nel sistema linfatico-glandolare il mezzo proliferante l'elemento sifilitico, gli parrebbe potersi spiegare la diffusione della sifilide dalla madre al feto pel consenso anatomo-fisiologico fra omologhi apparati.

Venendo ora a considerare la sifilide congenita in genere, è facile il persuadersi come dessa non sii negli ultimi anni punto scemata in frequenza o Monti che la studiava su 220 casi da

lui osservati nello Spedale infantile di Vienna, la trovò nella proporzione di 1 per 100, deducendone quanto segue.

I sintomi di questa malattia si manifestano sul derma e sulle mucose, prima principalmente su quella delle cavità nasali, più tardi su quella delle fauci e della laringe. Le manifestazioni cutanee sono più frequenti intorno alle labbra, all'ano ed alla vulva.

Presentansi sotto tre forme principali, la forma maculosa e squamosa, papulosa, pustolosa. Nella prima forma è compresa la *decoloratio cutis pigmentosa*, indi le così dette lentiggini che ponno diventare confluentissime, avvi poi la roseola sifilitica che a poco a poco trasformasi nella psoriasi sifilitica. Le macchie acquistando spessore ponno dar luogo ai così detti *condilomi lati* (placche mucose) e ad ulcerazioni. La forma maculosa e squamosa è di rado sola, in genere è complicata colla papulosa in forma di noduli brunastri, duri, circondati da rossore, giacenti isolati od a gruppi principalmente alla pianta de' piedi. Qualche volta le papule ponno disporsi a circolo, e l'Autore le vide così disposte principalmente alla fronte. Alla epidermide delle papule succedono presto le croste che cadendo lasciano una papula rosso livida, che si trasmuta sovente in vescichette piatte; la forma pustolosa è propria della vita uterina o dei primi 8 giorni di vita e questi individui nascono morti o muoiono subito. Si manifesta in forma di macchie, o di papule appena sporgenti, grandi quanto una lente, di color bruno, poste principalmente sul viso, al deretano, estremità, palma della mano e pianta dei piedi. Dopo 3 o 4 giorni si convertono in pustola, floscia, contenente pus.

Il così detto pemfigo sifilitico dei neonati non è che una forma pustolosa. I condilomi in questa forma mancano, ed invece nelle falangi delle dita si notano dei rigonfiamenti infiammatori suppuranti vicino alle angectasie.

Le manifestazioni sifilitiche sulla mucosa avvengono principalmente al naso, bocca, fauci, faringe. Alle labbra è frequente principalmente agli angoli della bocca, segue indi l'istmo delle fauci, la lingua, la mucosa anale.

Non così recisi risultati danno invece gli studi del dott. Casati il quale trova nelle manifestazioni sifilitiche ereditarie molti punti oscuri, principalmente dal lato diagnostico. Egli dice che nella bocca le forme non troppo gravi, possono passare inosservate per la disposizione anatomica delle parti e per le altre malattie che vi si manifestano.

L'aspetto particolare che gli Autori danno ai bambini sifili-

tici non è costante e l'Autore ne vide alcuni in buonissimo stato. Il pemfigo poi non è così comune, non osservò mai le pustole di Doublet, e di Gibert, e di Laudman e Deville.

La pustola alla bocca, che è la prima a manifestarsi, la vide al 3.° giorno dal parto ed anche al 20.° e sopra 104 bambini in cui la rinvenne, in 65 si mostrò nel primo mese di vita. — Le altre malattie che possono svilupparsi nella bocca del bambino rendono la diagnosi di questa forma piuttosto difficile. Egli è incerto ancora se questa lesione si debba ritenerla assolutamente di natura sifilitica, ne ammette però la contagiosità, nega che sia la prima manifestazione. e può ritenersi una forma ereditaria.

La forma di sifilide secondaria che più frequentemente osservò fu quella di tubercoli mucosi e papule mucose, indi in ordine e frequenza le pustole, poi le ulcerazioni agli angoli della bocca; l'ozena e la coriza ponno essere manifestazioni sì precoci che tardive.

Nella diagnosi della sifilide laringea aiuta la concomitanza di altre forme celtiche, lo stato generale e il timbro gutturale della tosse a sbalzi, stridula e anche talvolta minacciante soffocazione.

Dalle storie osservate dall'Autore ne trae:

1.° Che le alterazioni del capo complicano la malattia, ma ne sono indipendenti.

2.° Le alterazioni delle vie respiratorie traenti origine dalla stessa malattia variano dall' iperplasia del connettivo, fino alla gomma.

3.° La ghiandola timo, meno in un caso, negli altri fu trovata sana.

4.° La pericardite la si trovò una sol volta.

5.° Il fegato fu trovato quasi sempre alterato fino alla degenerazione lardacea.

6.° Lo sviluppo delle glandule mesenteriche fu superiore a quanto riscontrasi al solito.

7.° Il peritoneo fu ammalato una volta sola.

8.° L'apparecchio genito-urinario fu trovato sempre sano.

9.° Nelle ossa fu trovata solo la carie e la necrosi delle ossa nasali.

Fino dal 1844 l'Autore ha accennato ad alterazioni della placenta, costituite da piccoli bitorzoli grossi come la capocchia di uno spillo, posti sulla faccia fetale; questo fatto lo conferma per le osservazioni registrate in questo lavoro. Per cui sta che la pla-

centa può ammalare di sifilide per neoformazioni del connettivo, induramenti, ecc.

Un fatto appena appena accennato dai trattati di sifilografia è quello che presenta il caso seguente, cioè la grande ed estesa ipertrofia delle glandole linfatiche, ed egli è perciò che una storia in proposito riferita dal dott. Rivington diviene interessante.

Si tratta di una ragazza di anni 16 che fu accettata all'Ospedale di Londra per gangrena al naso da congelazione. Essa presentava oltre alla piaga al naso (che cicatrizzava sempre nell'estate e si riapriva nelle stagioni fredde), considerevolmente ipertrofizzate le glandule del collo, delle ascelle, degli inguini, ed ipertrofia pure di quelle del torace e dell' addome. L'aspetto cachetico della paziente ed affatto speciale, l'arresto di sviluppo di sua conformazione, le ulceri alle grandi labbra, fecero fare la diagnosi di sifilide ereditaria, confermata anche dalle notizie sui parenti e sulla famiglia.

Se però fino ad ora non è assolutamente dimostrato che si possa avere nella manifestazione della sifilide congenita un quadro sintomatologico affatto costante, è un fatto che qualche cosa di patologico quasi comune trovasi nei bambini nati da parenti sifilitici, che manifestasi principalmente in un' alterazione dello sviluppo fisico ed anche intellettuale di questi infelici. In proposito a ciò Lancereaux riporta tre osservazioni. La prima riguarda un individuo che ebbe accidenti sifilitici probabilmente da parte del padre. Arresto di sviluppo degli organi genitali, conformazione particolare dei denti e del naso, anosmia, dolori osteocopi, angina, sordità, assenza di mestruazione, emoftisi, segni di escavazione polmonare. La seconda risguarda un ragazzo di 6 ad 8 anni di padre sifilitico e la di cui madre ebbe vari aborti. Questo ragazzo, il solo che le restava, presentava la testa estremamente piccola e le ossa del cranio già ossificate fra loro; d'intelligenza e memoria affatto privo, parlava a mala pena alcuni monosillabi, non poteva protrudere la lingua dalla bocca, sebbene questo organo fosse affatto mobile. Abitudine alla masturbazione e alcuni accessi di epilessia dopo i due anni, il naso un pò grosso ed appiatito. I primi due incisivi scanellati e seminati da piccole depressioni, gli altri due incisivi e canini appena usciti dal loro alveolo. Un vero arresto di sviluppo della dentizione. Fistola alla parte superiore della tibia, necrosi datante da più mesi. La terza risguardava una donna dapprima sana e che dopo un mese del suo matrimonio si trovò affetta da papule, che ben tosto furono seguite da roseola e d'angina. Essa ebbe un aborto di sei mesi.

Una seconda gravidanza aveva avuto luogo e partoriva un bambino assai magro, che dopo qualche tempo era coperto da roseola. A quattro anni aveva una cherato-congiuntivite doppia, con opacamento ed esulcerazione della cornea. I denti incisivi erano bicuspidi, larghi e corti e scanellati per traverso. Sviluppo generale incompleto, nessuna propensione alla collera. Un altro bambino che partoriva questa donna, presentava a nove anni il naso appiattito alla base, i denti fra loro allontanati e bifidi.

Anzi Lancereaux a chiarire i segni, secondo lui differenziali, fra la sifilide acquisita e la ereditaria ne fa una tabella comparativa che qui riproduciamo.

Sifilide acquisita.	*Sifilide ereditaria.*
Malattia avente una incubazione di circa un mese; esordisce con una lesione locale, ulceri non suppuranti, con adenite, dopo di che sopravvengono lesioni superficiali disseminate della pelle e delle membrane mucose, ordinariamente accompagnate o precedute da sintomi febbrili e stanchezza.	Malattia senza incubazione apprezzabile; non si manifesta ordinariamente prima del quarto mese di vita intra-uterina, soventi anche non si rivela che più settimane dopo la nascita con corizza, eruzioni cutanee diverse, sopratutto placche sifilitiche ed una apparenza di cachessia e di senilità generalmente legata ad una alterazione dei principali visceri.
La malattia che non guarisce dopo le sue prime manifestazioni entra in uno stato intermediario; il paziente conserva qualche volta il pallore, la stanchezza e si può vedere ricomparire le primitive eruzioni, oppure riprende l'apparenza di salute e se vi ha procreazione, i nati sono sicuramente quasi affetti.	Il bambino che sopravvive a queste prime manifestazioni resta soventi pallido e debole, ha il fronte prominente, il naso appiattito e in generale si fa rimarcare per la lentezza dello sviluppo, la caduta prematura dei denti incisivi e la cattiva conformazione degli incisivi centrali superiori della seconda dentizione.
L'ultimo stadio comincia al più presto un anno dopo dallo sviluppo della malattia, ma può ritardare anche più di trenta o quaranta anni dopo. È caratterizzato da lesioni profonde del tessuto unitivo, uniche o multiple, ma sempre li-	Una novella serie di manifestazioni sopravviene in generale alle epoche della seconda dentizione, della pubertà, o anche più tardi.

mitate ad una porzione di organo del quale determinano il più soventi la distruzione, lasciando delle cicatrici. In questo stadio la trasmissione della malattia è affievolita e l'immunità dapprima acquisita tende a scomparire.

Essa consiste in lesioni del tessuto unitivo profondo, circoscritte ma ordinariamente simmetriche, del sistema cutaneo mucoso o anche dei diversi organi. In questa condizione di cose, la trasmissione ereditaria della malattia non ha più luogo e l'immunità è completissima.

Una volta inquinato l'organismo del feto, come avviene nell'adulto, la sifilide, come or ora si accennava, può attaccare con materiali mutamenti i diversi organi e per di più le di lui dipendenze. Incominciando da queste, ci piace qui accennare alle osservazioni che in proposito poterono fare Frankel, Virchow e Meissner.

Il primo di questi, dopo avere lamentato come negli studi finora fatti in argomento non siasi abbastanza indagato il modo col quale succede la infezione, fissa l'attenzione specialmente sullo stato della placenta, dividendo la sifilide di quest'organo, già designato da Gamberini quale moltiplicatore del *virus*, in diverse categorie a seconda dei vari rapporti che tiene coll'utero, colla madre e col feto, addivenendo alle seguenti conclusioni:

1.º La sifilide della placenta presenta caratteri propri e coesiste colla sifilide fetale ereditaria o congenita.

2.º La sede delle lesioni sifilitiche è variabile e dipende dalle condizioni della trasmissione reciproca. Allora quando è infetto il solo padre e che il virus è trasmesso indirettamente all'uomo collo sperma, le lesioni sono limitate alla porzione fetale della placenta; e consistono in una proliferazione di cellule granulose delle frangie placentari con obliterazione consecutiva e scomparsa dei vasi.

Quando la madre è sifilitica, si ponno osservare tre casi speciali: 1.º la madre è stata infetta durante l'atto della generazione in un all'uovo; allora indipendentemente dalla sifilide della placenta fetale può svilupparsi un'affezione primitiva della porzione materna. 2.º La madre era sifilitica prima di concepire, e fu infettata poco dopo, e allora la placenta può restare normale o vi può essere endometrite placentare gommosa o un'endometrite della caduca. 3.º La madre è stata infetta nell'ultimo tempo della gravidanza; allora il feto e la placenta restano indenni.

Virchow crede pure che nella sifilide fetale le lesioni della

placenta interessino la parte materna o la parte fetale di essa e se è dubbio che questa ultima ne possa essere primitivamente affetta, ciò non è della prima. Queste alterazioni si presentano sotto due forme, l'una diffusa, l'altra circoscritta. La forma diffusa caratterizzata dall'ispessimento con indurimento fibroso della placenta, la placenta qualche volta aderente all'interno, termina in generale coll'atrofia della villosità; la forma circoscritta riveste un'apparenza papillosa o condilomatosa, e le escrescenze o vegetazioni polipose che la costituiscono sono un tessuto mucoso organizzato e ricco di vasi. Meissner in fine considera la sifilide come una causa dell'idramnios.

Fra le molteplici manifestazioni poi, cui la sifilide ereditaria può dar luogo, non mancò in questi ultimi tempi la conferma per i visceri di qualsiasi sistema, oltre che pel fegato, che anche Casati trovava a preferenza leso. La cosa si verificava per le mucose, per la milza, pei reni, pel cuore, per l'albero aereo, per le ossa e pel sistema nervoso.

Secondo Monti, le mucose ammalano in causa di una iperemia che dà luogo ad essudati aftosi, in forza dei quali l'epitelio si fa opaco, indi si esulcera, formando le ragadi.

Gregorie e Gée osservarono casi di milza sifilitica ove il volume dell'organo era aumentato. Secondo il primo, il tessuto intero di esso vi partecipa, facendosi liscio, molte volte aderente ai visceri vicini e soventi non presentando che una modificazione negli elementi. Alle volte però vi si trovano tumori gommosi a differenti stadi. Lancereaux per altro si domanda se non puossi trattare di semplice infarto viscerale.

I reni trovaronsi ammalati da Bradley, Huber ed Hennig.

Il primo dedusse ciò dall'essergli capitato un bambino di 4 mesi, nato sifilitico, e che presentava albuminuria, edema alla faccia ed agli arti superiori, i quali fenomeni scomparivano in seguito ad una cura mercuriale.

Huber rinveniva in un bambino, pure affetto da sifilide ereditaria e morto per essa, le capsule renali voluminose, grigiastre e disseminate di piccoli focolai giallastri costituiti da detritus adiposo.

La capsula perineale sinistra venne del pari, in circostanze consimili, ritrovata da Hennig aumentata di volume, aderente al diafragma e contenente un liquido gelatinoso.

In grembo all'apparecchio della circolazione Kautzow osservò la miocardite interstiziale, la iperplasia muscolare, che Virchow attribuiva ad una irritazione dei vasi.

Shüppel segnalava la esistenza di una periflebite in bambini sifilitici, in alcuni dei quali il fegato era pure ammalato, mentre in altri sembrava sano.

Nell'apparecchio della respirazione di uno di questi bambini Frankl trovava un ulcero profondo alla laringe, con pericondrite della cartilagine cricoidea e stringimento della cavità e Gerhardt guariva col ioduro di potassio una bambina di sei anni con fenomeni laringei e probabile stringimento del bronco sinistro.

Delle alterazioni dell'ossatura nei bambini presi da sifilide ereditaria occuparonsi in modo particolare Parrot, Waldeyer, Köbner e Chorrin.

Confermando quanto disse Veguer (Arch. Virchow, 1873). Parrot riscontra in tutti gli aborti e neonati infetti da sifilide una lesione delle ossa e particolarmente delle lunghe. Il periostio è rosso, infiammato, tumefatto e osservansi alcuni lembi ossei che appartengono ad uno strato di nuova formazione, friabile, disposto ad isole, o continuo, sottilissimo al livello della diafisi, arriva soventi a più di 2 millimetri vicino all'epifisi. Tagliando un osso, trovansi alterazioni alle estremità che interessano tanto la diafisi che le epifisi.

Lo strato condroide è da 2 a 4 volte più spesso che allo stato normale; trasparente e molle, offre una consistenza che assomiglia quella del cristallino o del vitreo. Lo strato condro-calcareo, egualmente inspessito e friabile, è grigio biancastro, la sua linea di demarcazione è nodolosa o dentellata. Nel tessuto spugnoso, vicino all'altezza massima di 15 a 20 millimetri, si vedono cangiamenti di colorazione diversissimi, che producono superficie grigiastre con macchie di un rosa più o meno carico ed altre biancastre o giallastre.

A questo grado l'epifisi aderisce già meno fortemente alla diafisi. Le lesioni più avanzate producono uno scollamento epifisario più o meno completo, cioè una sorta di rammollimento gelatiniforme del tessuto spungioso contenente materia puriforme e frammenti ossei. Ciò succede in un punto dell'estremità della diafisi molto vicina alla linea medio-ossea.

Le due parti dell'osso, unite solamente pel loro inviluppo fibroso, si trovano l'una sull'altra, e le articolazioni, il tessuto cellulare ed i muscoli si infiammano, suppurano e determinano un rigonfiamento caratteristico.

Tutto lo scheletro non ne è egualmente attaccato, ma più specialmente le ossa lunghe e le più voluminose, e più comunemente alla periferia.

Nei bambini che hanno più di due anni, le alterazioni si avvicinano a quelle del rachitismo.

Non producono sintomi speciali, queste alterazioni, se non nel caso in cui vi è scollamento delle epifisi.

L'Autore ne riporta due osservazioni da cui trae, confrontate con quelle anteriori alle sue, un succinto quadro clinico.

Lo stato delle membra è paragonabile a quello che determina le fratture o l'artrite.

Inerzia più o meno completa delle membra, che qualche volta le può prendere tutte e quattro. Si possono anche produrre ascessi vicino alle articolazioni. In un caso si ottenne la crepitazione tra l'epifisi e la diafisi di un osso. Oltre l'inerzia, avvi anche il dolore ed una specie di impotenza, da simulare una paralisi.

Waldeyer e Köbner sono arrivati a risultati analoghi a questi. Essi dividono le lesioni in *accidentali e costanti.*

Le prime consistono 1.° in periostiti gommose interne del frontale; 2.° granulazioni di varia grossezza sul periostio esterno del cranio; 3.° induramenti e inspessimenti della dura madre.

Delle altre, sempre visibili al microscopio e non sempre ad occhio nudo, diremo nell'anatomia patologica.

Quando vi sono scollamenti, trovasi fra questi e la diafisi un tessuto molle, gelatinoso, vascolarizzato, ma mai pus.

Nello strato spongioso trovarono gran sviluppo di vasi più che allo stato normale, e ciò contrariamente all'opinione di Wagner.

Nel tessuto osseo ammalato la più gran parte degli osteoplasti sono convertiti in un ammasso di granulazioni o elementi fusiformi allargati.

La periostite ossificante non apparirebbe che a periodo avanzato.

Come Parrot, gli Autori trovano che per l'assenza del pus sarebbe prematuro mettere quest'alterazione nelle infiammazioni.

Il rapporto che possa coesistere fra la rachitide e la sifilide ereditaria veniva studiato ancora da Parrot.

Basato egli sull'anatomia patologica e microscopica, crede che tre elementi costituiscano i caratteri essenziali della rachitide: 1.° la decalcificazione; 2.° la formazione di tessuto spungoide; 3.° la midollizzazione. Nella sifilide dei bambini trovasi: al primo periodo (*a*) una esuberanza di calcificazione alle estremità delle ossa lunghe e una zona condro-calcare o delle osteofiti peridia-

fisarie che hanno uno o due millimetri di spessore; (*b*) una degenerazione gelatiniforme dei tessuti preformati che interessa la cartilagine ed un tessuto spugnoso. Le ossa divengono più dense, più difficili a tagliare ed il distacco delle epifisi è tutto diverso dal rachitismo.

Al secondo periodo vi ha ancora osteofiti e degenerazione gelatiniforme, più una midollazione ed una calcinificazione sull'osso primitivo e sulle osteofiti.

Le modificazioni prodotte dalla decalcificazione e dalla midollazione sono ancora pochissimo marcate.

La specificità si attenua, l'intossicazione diminuisce e incomincia la cachessia comune. Al terzo periodo è difficile stabilire una distinzione; le lesioni che ricordano la rachitide tendono a scomparire, quelle che ravvicinano la sifilide alla rachitide si esagerano. Si nota l'esistenza del tessuto spongoide, specialmente alla periferia e minore alla estremità.

L'Autore mette in chiaro i dati diagnostici per queste due forme, che riposano sulle marche primitive, le quali sono persistenti, ma però sono talvolta distrutte dalla midollazione, allargandosi in tal caso certe ossa; allora può dirsi che la rachitide ha assorbita la sifilide. Quindi si può avere una specie di *trasformazione morbosa*, *di ibridismo patologico* tra la sifilide e la rachitide.

Un fatto interessante infine di alterazione ossea in un neonato morto per sifilide congenita veniva narrato da Charrin. Ivi, oltre ai reperti sifilitici al fegato ed alla milza, all'arto superiore sinistro, il quale in vita poteva lasciar supporre una paralisi perchè era assolutamente inerte e cadeva penzoloni lungo il tronco, trovò pus nel tessuto peri-articolare ed intra-articolare del cubito; l' epifisi dell'estremità superiore del radio completamente mobile sulla diafisi cui era unita pel solo periostio ispessito. Anche l'estremità inferiore dell'omero era completamente staccata dalla diafisi. L'osso era tutto quanto ammalato per sifilide, principalmente al periostio ed all'estremità diafisaria, eravi atrofia degli elementi di formazione del tessuto osseo, e produzione ossea imperfetta di nuova formazione.

Un interessante caso di nevrosi di natura sifilitica in un neonato è quello raccontato da Pileur. Eccolo. Nell' Ospedale di S. Lazzaro, al servizio di Costilhes, fu ricoverata una donna incinta, cui qualche tempo dopo si manifestarono eruzioni cutanee evidentemente sifilitiche. In seguito ad una caduta partorì un bambino di otto mesi, sano. Un mese dopo questo bambino che

fino allora non ebbe alcun segno di sifilide o d' altro male, fu preso tutto ad un colpo da convulsioni epilettiformi, che mano mano andarono crescendo di numero fino ad averne sei o sette all'ora. La madre fu curata col liquore del Van-Swieten, ed al bambino allattato sempre dalla madre venne amministrato anche lo sciroppo di ioduro di potassio e venticinque giorni dopo la loro comparsa le convulsioni scomparvero affatto senza più ritornare.

È a rimarcare in questo caso che eravi l'assenza di accidenti epilettici nella famiglia, di lesioni traumatiche, che la madre era sifilitica, e che gli insulti scomparvero dietro cura anticeltica. Vi era probabilmente qualche produzione morbosa nei centri nervosi, di origine sifilitica.

§ 4.° *Anatomia patologica della sifilide costituzionale.* — Dicendo in un capitolo a parte dell' anatomia patologica della sifilide costituzionale, noi non intendiamo di comprendervi tutto che venne detto in argomento. E diffatti in più luoghi abbiamo già accennato a varie alterazioni anatomo-patologiche di essa. Ma lo speciale impulso che a tal parte diede il microscopio, ci spinge qui a tener speciale calcolo dell'istologia patologica, senza per altro trascurare i rilievi fatti dalla macroscopia. In tale disamina poi, diremo prima dell' anatomia patologica in genere, di quella speciale dei singoli organi in seguito.

Virchow, esponendo le proprie idee sul tumore gommoso, che costituisce la lesione fondamentale delle manifestazioni sifilitiche, propone di chiamare *granulomi* la serie dei tumori sifilitici. Il tipo dei granulomi è il midollo osseo giovine. Il processo comincia con una proliferazione di cellule che divengono ipertrofiche ed i cui nuclei spesso si moltiplicano prodigiosamente; allora avviene la segmentazione delle cellule stesse ed infine la produzione di numerose cellule piccolissime con nuclei molto grandi e rotondi.

Il tumore gommoso può ritenersi quale risultato sempre di sifilide costituzionale, sebbene alcune volte sia permesso crederlo prodotto da altre cause che possono dar luogo alle stesse manifestazioni. Il tumore gommoso, contrariamente a Baerensprung, si distingue dai veri tubercoli, non solo per caratteri essenziali, ma dal punto di vista istologico che lo fa vedere un tumore specifico.

Nella sifilide si distinguono due serie di sviluppo: il primo uno stato infiammatorio leggiero (iperplasia), il secondo i processi specifici (gommosi eteroplasici). La cronologia di queste affezioni

sistematiche non è più da accettarsi, poichè fenomeni secondarj ponno trovarsi nel periodo terziario e viceversa.

In generale può ammettersi che la forma grave appartenga ad un periodo più avanzato dell'affezione locale, la forma leggiera ad un periodo primitivo.

Il tumore gommoso appartiene a differenti periodi della sifilide. Rimane da stabilire se la sifilide con idrargirosi può dar luogo a produzioni di questo genere. Virchow non crede all'efficacia del mercurio nelle affezioni gommose. Anzi un trattamento mercuriale prolungato può provocare in esse processi irritativi, e certi accidenti mostrarsi sotto cause accidentali che altrimenti non si sarebbero prodotti. — Insomma il mercurio crea una disposizione nei tessuti che li fa diventare gommosi. Dividendo i tumori gommosi, si vedono composti da una massa di tessuto molle che prolifera con certa rapidità, che proviene dalle tonache interne del periostio e che ha grandissima analogia col tessuto molle. In questo tessuto si trova una sostanza intercellulare, gelatinosa qua e là, fibrillare, con cellule di proliferazione, le une fusiformi, le altre rotonde e di diversa grandezza, assai pallide con due o più nuclei pallidi. Altre volte è più consistente e presenta una sostanza intercellulare fibrillare e presto racchiude cellule fusiformi e rotonde. Da questo punto il processo può avanzare fino alla ulcerazione o regredire col perire delle cellule quando hanno raggiunto un certo volume.

Il tumore gommoso si manifesta sempre come prodotto transitorio.

La degenerazione risulta da una metamorfosi adiposa estesissima e il tessuto si fa giallastro, opaco. Se le cellule sono grandi e il tessuto intercellulare è ben denso, può essere una maniera di terminazione, e il tumore si vede appianarsi, appianamento che può approfondarsi più che le parti ambienti ed aversi una depressione per una specie di macerazione dell' osso circostante. Altre volte la massa caseosa rimane in uno stato di nodosità persistente. Altre volte ancora, quando si ha tendenza alla suppurazione, la massa caseosa disciogliendosi produce l' ulcerazione, molto rara però nelle ossa.

Il sangue vi concorre nella formazione solo in quanto si tratta di una discrasia. Quanto ai caratteri microscopici, abbenchè le cellule subiscano rapida distruzione e si metamorfizzino in grasso, e nulla meglio caratterizzi il tumore gommoso che quelle masse opache morte, pure caratteri veramente specifici non ve ne sono.

Se l'irritazione è debole, nascono le esostosi, che non presentano che il carattere d'iperplasia.

È sopratutto il femore e la tibia che presentano questo rigonfiamento. E possono anche sclerosarsi in tutta la loro estensione e diventare anche porose e leggerissime.

Tra gli osteomi, le iperostosi e il tumore gommoso non vi ha altra differenza che il grado di irritazione. Le periostiti non provengono direttamente dalla discrasia, ma vi concorre anche una causa occasionale (colpi, infreddature).

Comunque sia per essere, chiaramente fin d'ora appare come non si possa trovare nei prodotti sifilitici alcun carattere particolare che valga a controsegnarli, ed a ciò conducono anche le ricerche di Saviotti sul processo patologico della degenerazione amiloide, e che in base alle indagini sue ed a quelle di Gubler dimostra non potersi sospettare prodotta dal mercurio anzichè dalla sifilide. Inoltre egli non conviene con Virchow, il quale la ammette possibile solo negli stadii più avanzati, e questo pure appoggiato ai fatti da lui stesso osservati. Conclude infine che se nella pluralità si presenta questo fatto patologico negli ultimi stadj della sifilide costituzionale, pure può svilupparsi anche nei primordj; che non è sempre sequela dell'infezione sifilitica e che anzi questa è soventi causata dalla prima.

Béder ammette con Virchow che in ciascun organo le forme lievi precedano le più gravi. Come Virchow e Baerensprung, distingue i focolai morbosi in secondarii e terziarii. Per l' Autore la forma primaria, di qualunque natura sia, si manifesta come il tubercolo originario; le successive possono considerarsi deposizioni metastatiche del medesimo. Le gomme non sarebbero che l'aggravarsi delle manifestazioni sviluppatesi dapprima in organi lontani con sintomi semplicemente irritativi. Insomma la diffusione e la moltiplicazione dei focolai sifilitici succederebbe per l'omologa produzione di neoformazioni, consimili al tubercolo originario. La sifilide nel principio sarebbe malattia tipica, che negli ultimi stadii presenta un decorso irregolare.

Kohn alla sua volta cerca appena di dimostrare come le neoformazioni sifilitiche abbiano segni caratteristici, conchiudendone come sopra:

1.° Esse si presentano come un infiltramento spesso, equabile, a limiti netti, del corpo papillare e del corion; risultano di un accumulo denso ed equabile di cellule intorno ai vasi e tra le fibre dello strato papillare e del corion.

2.° Queste cellule vanno a metamorfosarsi ed a scomparire, o

divengono granulose, torbide, degenerano in grasso, sono riassorbite, o si agglomerano in un detritus formando il pus. Secondo Virchow, le cellule di infiltrazione sifilitica portano con sè i caratteri delle cellule giovani. Anche Kohn suppone che le cellule si potrebbero considerare come transitorie.

3.° Lo sviluppo e la guarigione dell'infiltrazione progrediscono sempre in modo che le parti centrali siano le più antiche, le periferiche le più giovani, e quelle spariscono per le prime.

Esempio di questo sviluppo è la papula], nella cui sezione si trova che le cellule di infiltrazione si accumulano nel corion e nelle papille tra due linee limitate ai lati quasi bruscamente; la papula è quindi splendente, non scomparisce colla pressione, si trova dura, apparisce rosso-bruna. Quando scompajono, si abbassa il loro centro, l'epidermide si raggrinza e si stacca in squamette, la periferica è ancora rosso-bruna, dura, splendente, tesa; collo scomparire delle cellule sparisce anche una parte del tessuto sifilitico della cute.

Il tumore gommoso non viene da Ledegank considerato come un prodotto specifico della diatesi, giacchè non ha natura propria. Ciò che costituisce la specificità sono le metamorfosi regressive a cui va soggetto il tumore, e la sua forma circoscritta e globosa. Queste metamorfosi cominciano con una degenerazione grassosa degli elementi cellulari, nel mentre che la sostanza fondamentale subisce la degenerazione mucosa. Da ciò dei focolai circoscritti di rammollimento del tessuto gommoso, che può arrestarsi o che può complicarsi a nuove metamorfosi.

Di opinione consimile si dichiara Lancereaux. Secondo lui, i tumori gommosi assai somiglianti in un certo periodo al tubercolo, ed ai gliomi e sarcomi, offrono più tardi dell'analogia colle cisti scirrose ed emorragiche antiche. Per la loro leggiera vascolarità, le gomme si distinguono dal cancro del cervello, ma si avvicinano molto al tubercolo, col quale furono alcune volte confuse. Pure si possono distinguere, perchè invece di essere circondate da steoma fibroide o fibroso, il tubercolo è a contatto immediato colla sostanza nervosa. È un tumore arrotondato, e come formato da strati concentrici, più molle e più umido che le gomme; subisce in maniera più uniforme la metamorfosi adiposa; inoltre il tubercolo è sovente unico e circondato da granulazioni della stessa natura.

Le cisti apopletiche hanno una forma arrotondata, e le loro pareti sono impregnate della materia colorante del sangue allo

stato amorfo o cristallino. Gli infarti riassorbiti si distinguono dalle cicatrici per la concomitante alterazione delle arterie.

E giacchè stiamo parlando di Lancereaux, vediamo quali sono le sue idee sulla patologia della sifilide.

Di unità patologica perfettamente definita, si manifesta la sifilide con alterazioni anatomiche svariatissime in apparenza, ma in realtà identiche. Queste alterazioni hanno per carattere comune di apparire invariabilmente in seno dei tessuti nati dal foglietto mediano del blastoderma, cioè esse si sviluppano sempre a spese dei tessuti della sostanza congiuntivale o dei loro derivati, e non affettano che secondariamente i tessuti di altra provenienza. Costituiti primitivamente di elementi embrionali congiuntivi, esse si presentano, ora sotto forma di infiltrazione diffusa, ora sotto quella di nodosità di volume variabile, senza che questa differenza di forma modifichi sensibilmente la loro tendenza generale alla metamorfosi grassosa.

È appunto per la loro localizzazione al tessuto congiuntivo che con questo si estendono a quasi tutti gli organi. Ciascun viscere poi manifesta la malattia con sintomi proprii, la gravità dei quali varia non solo in ragione dell'importanza funzionale, ma anche secondo che la malattia è più o meno antica. Quando questa è superficiale e generalizzata, qualunque ne sia la sede, durante i primi mesi, o il primo anno che segue l'accidente primitivo, le determinazioni morbose della sifilide spariscono senza lasciare traccie. Se invece è circoscritta e profonda, allora invade tutti gli elementi istologici, vi produce una distruzione più o meno completa ed estesa. Così la sifilide procede per periodi distinti, non perchè affetta i tessuti dalla periferia verso il centro del corpo, ma perchè le lesioni che l'esprimono anatomicamente hanno una persistenza ed una tenacità subordinata all'epoca della loro comparsa dopo il principio dell'accidente primitivo.

La gomma, secondo Virchow, è assai rara nella sifilide congenita, ove trovansi invece tumori solidi, biancastri, fibrosi, o più molli, brunastri o nerastri con cellule in maggior quantità.

Un progresso nella istologia dei prodotti della sifilide costituzionale veniva segnato dal prof. Sangalli. Secondo Virchow, il condiloma in principio non è che una semplice iperplasia della pelle e progredendo succede in esso tumefazione in causa di più attiva granulazione. Le papille si riempiono di giovani cellule, avviene trasudamento umido, l'epidermide si stacca e succede suppurazione, dando luogo al tubercolo mucoso, che non sarebbe altro che un tumore gommoso poco sviluppato. Ora, il prof. Sangalli

esaminando uno dei vari condilomi esportati dalla vulva di una donna evidentemente sifilitica, vi trovò assieme a fibrille molli, esili, diritte, corpuscoli fusati, nucleati, un esile filamento nervoso composto di cinque fibre nervee varicose. Il neurilema era in alcune parti circondato da piccoli nuclei e da corpuscoli del tessuto connettivo. Vicino ad esso vi era altro piccolo nervo composto di tre fibrille primitive a doppio contorno. L'importante poi si fu l'avere riscontrato in una parte del tumore lontana dal colletto, dove rinveniva il primo nervo, una fibra nervea ben formata, che ad un'estremità aveva una serie di nuclei allungati, trasparenti, non nucleati. Questi nuclei uniti fra loro mediante sottile bindello di una sostanza omogenea, trasparente, simile all'asse del cilindro di una fibra nervea, formavano il termine di quella fibra, per cui il detto professore ritiene che siffatti nuclei insieme con quella sostanza fossero l'origine di nuovi filamenti nervosi. L'illustre Autore crede che tali nervi costituissero la ragione anatomica del vivo prurito che il condiloma cagionava a chi lo portava.

Altra cognizione della quale se l'anatomia patologica ci dà soltanto la conferma, non cessa però di essere interessante, si è l'affinità che altri tessuti alloraquando ammalano di sifilide mostrano col glandulare, e chi se ne occupava particolarmente furono Virchow e Tanturri. Il primo rilevava come la papula mucosa possa facilmente in alcuni punti confondersi colla iperplasia dei follicoli linfatici, che possono gonfiarsi e rammollirsi in modo da venire paragonati ai bubboni glandulari. Tanturri riconosce un rapporto patologico tra i follicoli linguali, le tonsille come tessuti linfatici ed il processo sifilitico. Il risultato delle sue indagini si fu che nel tessuto adenoide della base della lingua e nelle tonsille, la sifilide riproduce le forme anatomiche principali che determina nelle ghiandole linfatiche; ed in primo luogo la iperplasia del periodo acuto sifilitico tanto delle tonsille quanto dei follicoli linguali. Queste opinioni del Tanturri sono confermate dalle indagini di altri sifilografi ed a riprovarle l'Autore fa seguire una storia di sifilide acuta linfadenoide nella quale il fenomeno più culminante era rappresentato dallo sviluppo dei linfomi dell'istmo con completa assenza di congestione od infiammazione della parte.

Ora la tumefazione delle tonsille sui follicoli prevale, ora questi prevalgono a quelle. L'alterazione può essere unilaterale, può diffondersi al tessuto adenoide dei pilastri, al setto delle narici, ecc.

Sono molto persistenti e gli organi linfatici così alterati ponno essere punto di partenza di anemia o leucemia.

In seguito i linfomi tonsillari si atrofizzano diventando masse dure coi follicoli linguali, questa fase è più lenta. Scompaiono lasciando infiltramenti papuloidi e sollevamenti della mucosa, possono anche farsi vermoidi o gommosi o restare stazionarii in uno stato di iperplasia molle, senza che si trovino alterazioni nel sangue.

In questo tipo di sifilide gli esantemi sono rari o si sviluppano nel periodo terziario. Possono stare in uno stato di stazionarietà permanente, associandosi anche a forme gommose del cavo orale. Ed in allora è facile confonderli colle manifestazioni dell'angina catarrale scrofolosa, a distinguerli dalla quale Isambert ne faceva rilevare i seguenti caratteri. Dessa si inizia con ulcerazioni che prediligono la parete posteriore della faringe ed anche i pilastri, l'epiglottide, le eminenze aritenoidee. Sono indolenti, non associate ad adeniti, non hanno riflesso irideo od opalino, nè sono contornate dalla zona infiammatoria delle papule mucose. L'ulcerazione scrofolosa è giallastra, mammellonata, tomentosa, a bordi rosso vinoso, sottili e che si ricoprono di essudati muco purulenti o di prodotti poltacei biancastri. Aggravandosi, si hanno strati di colore grigio sporco fetidi. Si hanno pure pustole giallastre acuminate come piccoli furoncoli. I commemorativi, gli accidenti concomitanti, ed il criterio *a juvantibus et laedentibus* ajutano la diagnosi.

Nella laringe, secondo Virchow, la sifilide si presenta superiormente ed inferiormente alle corde vocali. Comincia da piccole rilevatezze simli ai follicoli della base della lingua, che mano mano poi si esulcerano e si approfondano. La struttura di tale tumore gommoso è midollare, biancastro o giallastro, e dipende da grande proliferazione di elementi cellulari ed anche granulazioni grassose, secondo Lewin.

Stando a Fournier, la sifilide gommosa del palato incomincierebbe con un *infiltramento diffuso* del velo palatino colorato in rosso che lo rende rigido, fisso, inerte e duro; si sente che invece di una membrana sottile, vi ha un tramezzo spesso, come carnoso; pochi disordini funzionali, e ciò per un tempo variabile, indi la gomma si rammollisce e si stabilisce la perforazione che tende e far rapidi progressi qualora non si intraprenda la cura jodurata.

Rispetto allo sviluppo della gomma sifilitica in genere, di ben diverto parere è Desprès. Per lui la sifilide è un'infezione cau-

sata dai prodotti del sangue sifilitico e che si manifesta per mezzo di una o più eruzioni e raramente per mezzo di depositi metastatici. Le caratteristiche della sifilide eruttiva sono la placca mucosa, la papula, il tubercolo non suppurante; la gomma non è che l'ascesso metastatico del tessuto cellulare corrispondente al furoncolo ed all'antrace.

All'infuori del fegato nessun altro organo presenta la vera gomma, come la si riscontra nel tessuto cellulare; le altre non sono che infarti dei capillari sanguigni che costituiscono poi le metastasi, e queste alterazioni si riscontrano in quegli individui che soffrono malattie od hanno abiti che le produrrebbero anche senza la sifilide.

Insomma le sifilidi viscerali sono lesioni variabilissime e per nulla uniformi ed offrono gli stessi caratteri che la scrofola viscerale, la tubercolosi, le adeniti viscerali, e gli ascessi per infezione purulenta.

Parlando della gomma cutanea, Ledegank dice che questa si rammollisce rapidamente ed è seguita da metamorfosi distruttiva, dipendente dal rammollimento, cui succede la degenerazione grassosa ed indi la suppurazione.

Dicendo della anatomia patologica della sifilide polmonare, Virchow opina che i tumori esistenti alle volte nei polmoni e nei bronchi con incompleta metamorfosi grassosa, consecutivi a infiammazioni croniche, possono essere di natura sifilitica. — Oppure nelle polmoniti lobulari i focolai ponno rammollirsi e condurre alla tisi sifilltica, e si presentano come tumori gialli, densissimi, al taglio omogenei, e spesso collocati intorno ai medii bronchi. L'Autore ammette anche affezioni polmonari semplicemente infiammatorie, d'origine sifilitica, che non sono mai gommose.

Nelle autopsie fatte di individui sifilitici, merita speciale menzione il fatto anatomo-patologico trovato da Cornil, il quale nell'esame istologico di un polmone di un individuo morto per sifilide riscontrava un'alterazione non ancora notata da nessun micrografo, cioè una lesione speciale delle fibre elastiche che entrano nella costituzione dei globuli. Al livello dei punti epatizzati gli alveoli erano riempiti di globuli di pus, d'elementi epiteliali. Le fibre elastiche erano più grosse, più sode, rifrangenti ed eccessivamente fragili e la membrana alveolare priva de' suoi vasi.

Ad illustrare la anatomia patologica del fegato, vennero in questi ultimi anni praticati interessanti studi e pubblicate varie

osservazioni ed in ordine di data si presenta il seguente caso di Rodet.

Un uomo di temperamento sano e nervoso, ma di buona tempra, contrasse nel 1863 una blennorragia.

Dopo sei mesi, persistendo ancora lo scolo, gli sopravvengono delle sifilidi cutanee e delle placche mucose alle fauci ed all'ano. Egli non aveva mai contratto ulcero di sorta visibile, solo aveva osservato che dopo una certa epoca il suo getto dell' orina era meno voluminoso di prima, per cui aveva certamente contratto un ulcero intra-uretrale.

Veniva da un medico sottoposto ad una cura, ma in cui entrava pochissimo mercurio ed invece era ricca di ioduri.

Tre anni dopo continuava ancora la cura ed era dimagrito ed estenuato, per cui gli venivano ordinati i bagni di mare con vantaggio. In luglio del 1868 accusava un dolore fisso all' ipocondrio destro, che veniva inutilmente curato con vescicanti. In dicembre questo ammalato era visitato dall'Autore.

Il dolore esisteva alla parte antero-esterna dell'ipocondrio, era profondo, ottuso, accasciante; il fegato voluminoso discendeva due o tre dita trasverse sotto le false coste; e quivi la pressione era poco sensibile, mentre vivo dolore risvegliava la pressione negli spazi intercostali. La mutezza epatica misurava all'incirca 12 centim. Non itterizia, appetito diminuito, digestioni passabili, dimagramento pronunciato, e forze di molto diminuite. Rodet credette di aver a che fare con un ingorgo infiammatorio del fegato e prescrive l'acqua di Vichy e unzioni canforate all'ipocondrio.

Tre giorni dopo i dolori si facevano più vivi, principalmente di notte, in cui erano accompagnati da una leggiera reazione febfebbrile. Persistendo questi sintomi, l'Autore pensò alla possibilità di un'affezione sifilitica del fegato, in conseguenza di che tornava all'uso dell'ioduro di potassio alla dose di 0,25 centigr. per giorno e alle unzioni iodurate alla regione del fegato.

Cinque giorni dopo i dolori e la mutezza epatica erano sensibilmente diminuiti, per cui la dose del medicamento veniva accresciuta, e 7 giorni appresso eravi miglioramento sensibilissimo; la mutezza del fegato scemata di più che un centimetro nel senso verticale, il generale più in buon stato. Si accrebbe la dose del ioduro, che fu portato ad un grammo, crescendo di 25 centigr. ogni 5 o sei giorni ed il miglioramento continuò. Un mese e mezzo dopo la mutezza epatica non era che di 7 centimetri; il dolore scomparso.

Trascorso un altro mese, il fegato sembrava allo stato normale, essendo la dose del ioduro di potassio a 3 grammi e 75 centigr. al giorno e l'ammalato tralasciava spontaneamente ogni cura.

L' aforismo: *naturam morborum curationes ostendunt*, dice chiaramente non essersi l' Autore apposto male nella diagnosi. L'azione poi tanto pronta del ioduro su questa malattia, spiega come in questo caso abbia agito, non come solvente ordinario, ma come specifico. Tenendo conto poi della data della malattia, del suo andamento e dei sintomi che presentò, si è in diritto di pensare che consisteva in un tumore gommoso sviluppatosi sulla parte esterna del lobo medio del fegato.

Questo tumore deve essere andato gradatamente aumentando, e deve essere stato circondato da un cerchio infiammatorio, ciò che spiega l'ingorgo di questo lobo e la sua proiezione sotto le false coste.

L' ioduro di potassio poi avendo prodotto rapidamente la risoluzione di questo tumore, ha fatto sparire nel medesimo tempo l'areola infiammatoria e l'ingorgo secondario del fegato.

Lancereaux crede con Frerichs frequente la degenerazione grassa di questo viscere, mentre non crede come puramente sifilitica la amiloide, concordando in ciò colle idee del nostro Sangalli.

Studiando infatti questi le epatiti specifiche, trovò le sifilitiche più spesso nel cadavere de'bambini che in quello di adulti. Egli ammette con Frerichs e Virchow la periepatite, l' epatite gommosa o quella che appare in forma di masse o nodi fibrosi con superficie lobulare dell' organo. La degenerazione amiloidea o lardacea non l'ammette, perchè può prodursi anche senza sifilide.

Il fegato sifilitico in genere presenta vegetazioni di elementi di tessuto connettivo, che hanno principio col tessuto connettivo dell' organo, distruzione delle cellule secretorie e produzione di un liquido fibrinoso-gelatinoso dai vasi e dagli stessi elementi morbosi della parte, esso pure capace di una limitata organizzazione, non però di quella propria del pus. — Insomma nel fegato sifilitico non si hanno elementi specifici di sorta.

In argomento riferirono ancora casi importanti C. Bouchard, Capozzi e Goodridge. In un fatto narrato dal primo concernente un soggetto morto per sifilide terziaria, senza sintomi epatici appariscenti e colla mancanza di dati positivi sulla anteriore esistenza di fenomeni sifilitici, si è trovato il fegato diminuito e sformato con gomme.

La storia clinica esposta da Capozzi riguarda una donna che

assieme a dermatosi sifilitica sotto forma di ectima presentava color itterico della pelle, con prurito, fegato di volume aumentato, di cui l'ala piccola presenta i bordi arrotondati e di consistenza accresciuta. Nel mezzo di essa si eleva una protuberanza a larga base, sommità quasi piana, mediocre durezza con punti di elasticità, volumi eguali ad una piccola arancia. — I gangli linfatici del collo e degli inguini ingrossati e duri, dispepsia, bruciori allo stomaco, eruttazioni inodore. Diagnosi, epatite gommosa sifilitica. La cura confermò la diagnosi. Il ioduro di potassio dissipò tutti i sintomi e guarì stabilmente l'ammalato.

Ma sovratutto è degno di nota il caso riferito da Goodridge, per essersi la lesione manifestata all' esordire della sifilide costituzionale. L'Autore racconta di un uomo di anni 20 che senza precedenza di alcoolismo aveva contratto la sifilide tre mesi prima di entrare all'Ospedale; e si presentava con una roseola al tronco, lesioni specifiche alla bocca, e itterizia marcatissima. Muore dopo 4 giorni; ed all' autopsia trovavasi iperemia dei reni e del cervello, atrofia considerevole del fegato, di cui le cellule sono rimpiazzate da granulazioni di grasso nel lobo sinistro e piccola porzione del destro, mentre le altre parti sono congeste; i condotti biliari erano liberi.

Nei prodotti sifilitici del tubo gastro-enterico, assieme a Follin, West e Wiks, Virchow constatò ristringimenti veramente sifilitici nella parte superiore; però questi restringimenti e le ulcerazioni sifilitiche sono più frequenti nel retto, ove probabilmente sono primitive e assumono l' aspetto del difterismo, per cui non ne è troppo facile la diagnosi.

Ecco infine come riassume Virchow le proprie idee sull'argomento: la struttura intima di questi tumori, dice egli, non è ben determinata. Vi ha una massa densa più o meno fibrosa seminata da numerosi granuli grassosi, ed i caratteri dello sviluppo non si riconoscono che ai margini. Allora si vede che il tumore comunica direttamente col connettivo circostante, il quale si trova in piena proliferazione, a meno che la neo-produzione non sia affatto completa. Anche qui come nel periostio vi è il *caput mortuum* di un tessuto di granulazione che è l' ultima metamorfosi regressiva del tessuto. Nella sifilide congenita poi si ha l'epatite interstiziale che subì la metamorfosi grassosa sotto forma miliare; solitamente è diffusa e si presenta con una ipertrofia generale, con indurimento avente nel mezzo dei punti giallastri, che sono le gomme miliari.

La sifilide presentava scarso tributo alla anatomia patologica

del cervello, e ciò senza dubbio lo si deve alla diagnosi accurata che ora si sa fare della sifilide cerebrale, e quindi alla applicazione della efficacissima cura che al giorno d'oggi la terapeutica insegna. Registriamo quindi soltanto i nomi di Virchow, Moxon, Dreer, Lepine e Zeps.

Parlando della sifilide della dura madre, Virchow ne annovera due specie, la esterna, che presentasi quasi sempre sotto forma di pachi-meningite, che determina esostosi, iperostosi, gomme circoscritte e carie secca. L'altra forma è l'interna, che prende la superficie interna del cranio, la dura madre, producendo atrofia dell'osso, erosioni, paralisi, ecc. Sull'occhio vi sono i condilomi dell'iride e della coroide quali prodotti gommosi.

Moxon alla autopsia di un individuo sifilitico morto 24 ore dopo un insulto apopletico, trovava al centro dell'osso frontale un nodo recente sotto la forma di una placca rotonda, grossa come una moneta di un franco, con 1/5 di pollice di spessore, situata nello strato profondo del pericranio, riposante sull'osso, vascolare, e l'osso pure sembra rugoso, poroso ed è iniettato nel punto corrispondente. Questa placca offriva insomma i caratteri del nodo sifilitico.

La superficie del cranio resa ineguale per antichi nodi. — Alcune delle arterie cerebrali sono ammalate notevolmente. La basilare è molto più voluminosa e di color bianco-latteo. Sopra una lunghezza di tre quarti di pollice ha l'aspetto dei maccheroni cotti, ma in qualche punto la tinta è più opaca e la superficie più irregolare. L'arteria vertebrale destra è piccolissima, la sinistra proporzionatamente voluminosa, ispessita ed un poco opaca e dura.

Il cangiamento nell'arteria basilare si arresta molto bruscamente alle due estremità della porzione ammalata. Il suo calibro è ristretto della metà per tumefazione delle pareti, che sono molli e presentano i caratteri della linfa solida.

Il microscopio infatti dimostra che le pareti tumefatte sono composte di corpuscoli agglomerati intimamente, aventi tutti i caratteri dei corpuscoli infiammatori. Sull'arteria del Silvio a sinistra esistono due punti presentanti questa stessa infiammazione al primo grado. La sostanza del ponte del Varolio tumefatta, è in preda a rammollimento, principalmente a sinistra. La parte del cervello corrispondente all'arteria del Silvio a sinistra un poco rammollita.

Alloraquando si trova l'interno di un'arteria alterato per modificazioni croniche e degenerazioni, si attribuiscono all'età e

si credono ordinariamente cause di aneurisma. Moxon lo ritiene erroneo, ed è d'avviso che buon numero di aneurismi siano causati da arterite. Come pure crede che lo stato delle arterie nei vecchi sia forse in certi casi il rimasuglio di antiche infiammazioni delle pareti arteriose.

La presenza infine di questa rimarchevole malattia arteriosa, unita all'esistenza del nodo del periostio in un sifilitico, è un altro esempio importante dimostrante il potere della sifilide come causa di arteriti.

Similmente capitava a Dreer, che in un caso di lesioni intellettuali trovava una esostosi alla vôlta cranica per l'estensione di 2 centim., tre altre piccole elevatezze alla stessa, non che una deposizione calcarea-porosa nella lamina vitrea.

Lepine riferisce un fatto in cui l'ammalato presentava, dopo una violenta cefalea sofferta sei mesi prima, afasia ed emiplegia destra da tre settimane, e venuto a morte, rinvennesi coll'autopsia il rammollimento di porzione del lobo frontale sinistro, ed una gomma del volume di un pisello nelle meningi, a livello delle circonvoluzioni parietali del medesimo lato.

Zeps infine quali alterazioni anatomo-patologiche sifilitiche determinanti malattie sifiliche riscontrò trombosi multiple nelle vene della base del cranio, ispessimenti ed aderenze della dura madre, non che sifilomi lungo i vasi fra la pia meninge e la sostanza grigia.

In riguardo al midollo spinale, Charcot e Gombault osservarono un caso di mielite diffusa parziale coesistente a placche di sclerosi encefalica di origine sifilitica. Alla parte superiore della regione dorsale trovarono la porzione laterale sinistra della midolla spinale per circa un centimetro rigonfiata leggermente ed indurita. L'aracnoide ispessita e che involgeva le radici nervose corrispondenti, le quali erano grigie e atrofiche. Al livello di quest'alterazione, nella metà sinistra della midolla e nei cordoni posteriori, il tessuto di color grigio rosa uniforme e molto vascolarizzato; anche la sostanza grigia mostravasi alterata. Al di sotto il coloramento grigio limitavasi ai cordoni laterali, al di sopra ai cordoni posteriori fino alla parte superiore della regione cervicale. Al livello del punto infiammato la tumefazione dell'organo era costituita in parte dall'ispessimento della pia madre, e dell'aracnoide, che inviluppava le radici dei nervi alterati a questo livello. Il cordone laterale non era aumentato in larghezza, il suo tessuto si colorava col carmino, e la sua parte posteriore ed esterna era trasformata in un grosso fascetto fibroso verticale, e

confuso con la faccia profonda della pia madre. Gli elementi nervosi erano a questo livello scomparsi, spessi tratti di congiuntivo partivano da questo punto e traversando tutta la larghezza del cordone, guadagnavano la sostanza grigia; i vasi erano coperti da nodi e la guaina era riempita da corpi granulosi cellulari. Eravi pure degenerazione secondaria discendente del cordone laterale sinistro ed ascendente dei posteriori.

Lancereaux riportando per esteso questi dati anatomici, pensa che per avventura possa trattarsi di simili alterazioni anche negli altri casi di paraplegia sifilitica senza lesione apprezzabile, comunicati dai diversi autori.

Moxon a sua volta in un caso simile constata l'esistenza nella metà inferiore della midolla spinale, al di sotto della pia madre, di molteplici macchie brune o nerastre, dell' estensione da un grano di miglio a quello di un pisello; durezza della midolla nel suo quarto superiore, che era molle nei tre quarti inferiori. Le macchie erano formate da una massa di color carico, poco ferma e resistente, al cui centro trovavasi una sostanza molle, gommosa, giallastra, elastica, differente per la sua consistenza dalla sostanza vicina, e che al taglio presentava una forma semi-circolare. Tale alterazione occupava sopratutto i cordoni posteriori e laterali della midolla. Essa poi presentava al microscopio nella zona esterna del tessuto congiuntivale fibrillare, a nodi numerosissimi, seminato da masse di mielina; al centro trovavasi un tessuto giallastro della stessa struttura, eccetto che i suoi elementi erano in via di degenerazione. La zona esterna circondata da vasi sanguigni, con numerosi corpuscoli granulari nel tessuto midollare circumambiente. Le ossa della vôlta cranica erano sclerosate.

In questi casi insomma eravi infiammazione con rammollimento e distruzione più o meno considerevole degli elementi nervosi.

Un caso di tumori sifilitici dei nervi spinali veniva osservato da De la Field in un sifilitico che aveva ottenuto miglioramento sotto il ioduro di potassio, ma che morì per risipola da decubito. Si notò un tumore nei grossi nervi della coda equina, di contro al lato anteriore e sinistro della midolla, due pollici circa la sua terminazione, che comprendeva parecchi nervi spinali. Più sotto altri nervi aderivano fra loro, ma non in modo da formare un tumore. Ispessimento del connettivo che separa le fibre nervose nei casi avanzati complicavanlo produzione di piccole cellule rotonde od ovali, e cellule attorno alle fibre nervose che costitui-

scono ciascun nervo. Le fibre nervose erano affette da degenerazione caseosa.

Delle alterazioni sifilitiche del gran simpatico occupavasi Petrow.

Su dodici casi di sifilide costituzionale acquisita, trovò lesioni ora delle cellule nervose, ora del tessuto interstiziale.

Nelle lesioni delle prime il tessuto interposto alle fibre primitive o alle cellule era perfettamente sano, come pure i tubi nervosi. Nei casi recenti le cellule presentavano piccole granulazioni pigmentarie refrangenti, ora disseminate, ora confluenti, che aumentavano in ragione del progresso del male fino a riempiere tutta la cellula di cui nascondono quasi completamente il nucleo. Alcune volte l'endotelio della cellula si fa sede di una abbondante proliferazione di elementi embrionali, e non di rado le cellule, come il loro endotelio, subiscono una degenerazione colloide, caratterizzata dal gonfiarsi ed intorbidarsi con l'acido acetico e dallo sciogliersi per gli alcali, per cui il protoplasma si fa omogeneo e brillante, il nucleo scompare, senza che la cellula perda la sua forma e dimensioni normali. Le lesioni interstiziali presentano una manifesta iperplasia, vi partecipano gli elementi cellulari che circondano le fibre nervose. Quando l'alterazione è più antica, non si incontrano più elementi figurati alla faccia interna delle cellule nervose, ma solo delle masse granulose solubili nell'etere. Le cellule nervose diminuiscono di volume e si fanno irregolari, angolose e il protoplasma si carica di granulazioni più o meno pigmentarie.

L'Autore addiviene quindi alle seguenti conclusioni:

1.° La diatesi sifilitica agisce sul gran simpatico e determina delle alterazioni chiarissime dei diversi elementi di questo sistema nervoso.

2.° Le cellule nervose possono subire delle alterazioni indipendenti dalle lesioni dello stroma congiuntivo. Queste alterazioni sono una degenerazione pigmentaria o colloide. La prima è la più frequente.

3.° Nello stesso tempo che diversi altri organi, il tessuto dei nervi simpatici subisce il processo regolare o la sclerosi. Ne risulta l'atrofia degli elementi nervosi, tubi e cellule.

4.° L'endotelio che contorna le cellule nervose subisce la sua parte di alterazione. Al principio è un'ipertrofia con proliferazione delle cellule, più tardi è una degenerazione adiposa.

In quanto alla condizione patologica per la quale le ossa ammalano di sifilide, Lancereaux riassumendo i progressi che su

tale punto fece la scienza, ne distingue tre diverse specie, la infiammatoria, cioè, la gommosa e la atrofica. Egli non ammette una osteomalacia sifilitica e spiega i fatti di frattura narrati onde provarla, quali prodotti da cause circoscritte anzichè da un processo generale. Ammette le alterazioni delle cartilagini e le artropatie sifilitiche, riferendone un caso proprio, di cui accenniamo le lesioni.

Le due articolazioni femoro-tibiali erano voluminose, esse contenevano ciascuna più d'un bicchiere di siero torbido. Le sinoviali grosse e nel medesimo iniettate, erano tappezzate di molti depositi pseudo-membranosi. A sinistra, una falsa membrana gialliccia univa le due pagine sinoviali; a destra, la borsa sinoviale della parte anteriore senza comunicazione con la cavità articolare, non era alterata. La superficie articolare del condilo esterno sinistro era in un punto rosa. Le cartilagini articolari delle rotule erano rose e ulcerate, ma in modo secondario, chè la lesione principale era portata sui tessuti fibrosi dell'articolazione. Dalla parte destra, una porzione di tendine rotuliano, il pannicolo adiposo situato al di dietro della borsa sinoviale, e tutti i tessuti fibrosi che s'inseriscono al circuito della tibia, vedevansi trasformati in una massa uniforme, giallo-grigiastra, elastica, con 4 centimetri di spessore sulla linea mediana. Questa massa pel suo aspetto, per la sua consistenza e struttura s'avvicinava ai prodotti morbosi trovati nel fegato, era formata da un deposito gommoso, un semplice bendello fibroso rappresentava il tendine rotuliano e alcuni tratti fibrosi sembravano dividere la massa gommosa in più piccoli tumori.

I legamenti semilunari ed inter-articolari erano sani. L'articolazione del ginocchio sinistro stava egualmente alterata, con questa differenza che il pannicolo adiposo retro-rotuliano non era scomparso completamente come nel lato opposto. Al di sotto di esso, al di dietro del tendine, ed al davanti della tibia esisteva un deposito gommoso di 2 centim. di spessore. L'esame anatomico delle masse gommose articolari lasciò vedere una struttura identica a quella dei tubercoli gommosi del fegato.

Allo studio della anatomia patologica delle ossa da causa sifilitica contribuirono pure Waldeyer, Koëbner e Parrot, studiandola nella sifilide ereditaria.

Le lesioni ossee della sifilide congenita sono oramai trovate costanti in ogni aborto o neonato sifilitico, ed il microscopio ne rivela sempre la presenza anche se non si mostrano ad occhio nudo.

Waldeyer e Koëbner colla scorta di 12 autopsie di bambini, tutti al dissotto di tre mesi d' età, conchiudono che l'alterazione affetta costantemente le ossa lunghe, e le altre solo eccezionalmente, ed in questo caso la preferita è la vôlta cranica, sotto forma di periostite gommosa interna ed esterna, ispessimenti della dura madre ed aderenze di questa al cranio. Le parti colpite delle ossa lunghe sono le cartilagini e le epifisi, lo strato condroide ed il condroide calcare.

Nel primo stadio lo strato condroide si inspessisce di 2 a 4 volte, si fa trasparente e molle, di più il calcareo si fa anche friabile e di color giallastro, macchiato di rosso e di biancastro. Nello stadio più avanzato si ha il rammollimento gelatiniforme del tessuto spugnoso in particolare, per cui succede lo scollamento delle epifisi.

Il microscopio dimostra moltiplicazione esagerata ed ipertrofia delle cellule cartilaginee e scomparsa della sostanza fondamentale dello strato condroide e modificazione del tessuto midollare in piccoli elementi ad angoli arrotondati, fusiformi, misti a prolungamenti.

Gli Autori non convengono con Wagner nell' ammettere una flogosi, un' *osteocondrite*, ma invece si avvicinano al modo di pensare di Parrot che la denominò *distrofia sifilitica delle ossa.*

Clinicamente, l'affezione si fa nota solo quando ha prodotto lo scollamento epifisario; allora avendosi inerzia delle membra, gli arti superiori sono distesi, proni, immobili e gli inferiori allungati ed oscillanti ad infante sollevato.

Nella orchite sifilitica Virchow distingue una forma semplice ed una gommosa. Nella prima si ha un' infiammazione interstiziale cronica del tessuto connettivo fra i canaletti spermatici. Nella interstiziale il tessuto intermedio si ispessisce, si fa calpure l'albuginea, e talvolta per questi ispessimenti i canali spermatici a poco a poco scompaiono. — Altre volte, quando l' infiammazione è più intensa, si vedono nella massa fibrosa dei tumori gommosi gialli, che stanno o nell'albuginea o nella sostanza propria del testicolo, per divisione nucleare dei corpuscoli del connettivo, seguita da metamorfosi grassosa, indi da accumulamento dei corpuscoli granulo-grassosi. La orchite cronica descritta da Curling, con deposizione di materia particolare gialla omogenea inorganica nel tessuto del testicolo, Virchow la attribuisce alla sifilide. Dal tumore gommoso del testicolo può derivare il fungo benigno.

(*Continua*).

Relazione sanitaria mensile dell'Ospedale Maggiore e Luoghi Pii Annessi di Milano. — Luglio 1874.

STATISTICA.

1.° Ospedale Maggiore. — A) **Ufficio di Accettazione.** — Prospetto del movimento mensile degli ammalati.

Esistenti	Entrati	Usciti	Morti	Rimasti
1905	2225	1813	278	2039
4130		4130		

Dalla relazione presentata dal Capo d'Ufficio sig. dott. Rezzonico risulta che nel mese di luglio, l'Ospedale prestò cura ed assistenza a 4130 ammalati, che nel loro assieme consumarono 62,133 giornate a carico della beneficenza del Luogo Pio. E queste poche cifre valgono da sole a dimostrare lo straordinario movimento verificatosi nel mese.

Seguitando la pratica dei confronti del movimento mensile di quest'anno coll'omonimo dell'anno scorso, si rilevarono le seguenti differenze :

Anni	Esistenti	Entrati	Usciti	Morti	Rimasti
1873	1783	1465	1393	231	1624
1874	1905	2225	1813	278	2039
In più pel 1874	122	760	420	47	415

Discendendo nei particolari ricorderemo che l' accettazione

massima avvenne il 16 con 90 entrati, la minima il 30 con 53, con una media di 71,77 — che la dimissione più numerosa si verificò il 19 (giorno festivo) con 172 usciti, la minima nei giorni 3, 7 e 30 con 24, con una media totale di 58,48. Per quanto è della mortalità, il maggior contingente fu dato dal giorno 28 con 16 morti, il minimo nel giorno 3 con 3: la media giornaliera fu di 8,96. La mortalità sui curati risultò di 12,81. Le diverse età dei morti si comprendono nel seguente prospetto:

Dal	1.°	anno	di	vita	al	10.°	.	.	55
»	10	»	»		20	.	.	.	30
»	20	»	»		30	.	.	.	31
»	30	»	»		40	.	.	.	39
»	40	»	»		50	.	.	.	32
»	50	»	»		60	.	.	.	38
»	60	»	»		70	.	.	.	41
»	70	»	»		80	.	.	.	10
»	80	»	»		90	.	.	.	2
									278

Sulla totalità degli ammalati ammessi nel Pio Luogo, 1213 furono di spettanza medica, e di questi 1195 pervennero nei comparti di medicina direttamente dall'Ufficio di Accettazione, e 18 vi entrarono provenienti dai comparti di specialità. La mortalità su questi ammalati fu del 13,33. Gli infermi di spettanza chirurgica furono 441, e di questi 419 entrarono direttamente nelle sale chirurgiche dall'Ufficio di Accettazione e 22 vi pervennero da altri comparti. La mortalità sui curati per queste forme morbose fu di 8,29. Da ultimo gli ammalati ammessi nei comparti destinati alla cura di speciali malattie furono 647 e cioè 611 dalla Accettazione, 36 da altre Sale, e sopra questi infermi la mortalità salì al 14,96, comprendendosi in essi due gravissime forme morbose, la difterite cioè ed il tifo petecchiale.

La giacenza massima giornaliera fu di 2097, la minima di 1905, la media di 2004,02. La dimora media di ogni ammalato fu di giorni 15,04. Fra gli accolti figurano quindici individui che morirono nelle prime 24 ore di degenza (sette bambini difterici, tre adulti apoplettici e cinque per processi crupali degli organi del respiro) e due cadaveri, uno reso tale sulla pubblica via per ferite riportate in rissa, l'altro levato da un pubblico esercizio ivi improvvisamente caduto per sincope da vizio precordiale.

Quattro furono i suicidi — due consumati e due rimasti nei limiti dell'attentato. I primi erano marito e moglie prossimi alla sessantina, spinti al triste proposito dalla miseria successa a mezzi ed abitudini agiate: essi diedero fine ai propri giorni mediante i vapori d'acido carbonico. Per gli altri due valsero quale mezzo, la sommersione ed il taglio delle parti molli alla piegatura del cubito.

Le accettazioni d'urgenza giustificate dai soliti motivi furono 218 — gli accolti con sospetti di cronicismo 118 — e cento i rimandi, dei quali 59 praticati dalla sezione medica, e 41 dalla chirurgica.

B). **Movimento delle malattie mediche comuni, ed annotazioni cliniche ricavate dalle tavole nosologiche.**

Esistenti		Entrati		Usciti		Morti		Rimasti	
Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Ac.	Cr.	Acuti	Cron.
630	341	944	115	716	91	99	51	759	314
971		1059		807		150		1073	
2030				2030					

Osservazioni.

La mortalità per 100 sulle malattie acute fu di 12,15. Sulle croniche di 35,91.

Il sig. dottor Ezio Castoldi, medico primario dirigente la divisione maschile costituita dalle infermerie di S. Nazzaro e S. Fedele, dopo aver accennato all'ingente numero di malati (346) avuti in cura, con una mortalità minore del 3 per 100; dopo aver notato che le forme morbose prevalenti furono quelle del tubo gastro-enterico (124), indi quelle dell' apparato respiratorio (75, tra le quali 30 tubercolosi), da ultimo le infezioni da miasma

palustre (37) tutte combattute e vinte col chinino, soggiunge una importante storia clinica che qui testualmente si riproduce.

Di un caso di stenosi intestinale operato coll'ano artificiale.

« Canevari Domenico, d'anni 56, giornaliero, ammogliato, nato a Pavia e domiciliato a Milano, presentavasi all' Ospitale e veniva collocato in sala San Fedele al N. 33 nel giorno 19 p. p. luglio. »

« Dai dati anamnestici, che poteronsi raccogliere risulta, che il Canevari era da circa un anno travagliato da disturbi intestinali, consistenti specialmente in perdite di sangue dall'ano, con frequenti diarree alternate con stipsi. Egli attribuiva queste emorragie ad emorroidi, che diceva di avere interne (sic). Poco di concreto si potè sapere in quanto alla cura fatta a domicilio durante il decorso dell' anno, cura che pare fosse incompleta, interrotta, e poco razionale. Quello che più disturbava ultimamente il paziente e che lo avea indotto a cercare aiuto all'Ospedale, si era una stipsi ostinata che ormai durava *da 4 settimane*, e che avea resistito ai ripetuti e forti catartici dal Canevari inghiottiti. »

« Dall' esame diligente che si praticò dell' ammalato, ebbimo a prima giunta a rilevare una forte distensione dell'addome, duro, globoso e provocata in parte da sostanze solide, in parte da gas. Le sostanze solide si disegnavano specialmente verso il colon trasverso e discendente ed una grossa ansa dura, trasversale, si disegnava attraverso le pareti e si limitava pel suo suono muto in basso sotto la regione ombellicale, le gaziformi nelle porzioni superiori dell' intestino e del ventricolo. Il ventre d' ordinario era indolente; ma di tanto in tanto sorgevano delle forti, dolorose e sempre inani contrazioni peristaltiche. Alla regione inguinale destra esisteva un' ernia inguinale, il cui sacco si allungava fin dentro lo scroto, ma l'ernia era antica, libera, riducibile e sembrava formata da un' ansa del tenue ripiena di gas. Il vomito non era ancora comparso, neppure di materie appena ingeste, l' appetito era scarso, ma non ancora del tutto abolito, la sete discreta, la lingua nè arida, nè rossa, ma solo leggermente impaniata. La palpazione provocava qualche dolore intestinale più nelle anse distese da gas, che non nell' ultimo tratto intestinale ripieno di materie solide. L' esplorazione anale diede risultati assolutamente negativi, non traccia d' emorroidi, ampolla rettale vasta, libera però di feci, e fin dove poteva arrivare il

dito la mucosa intestinale era normale. Nessun fenomeno morboso negli altri apparati organici, polso abbastanza valido, apiressia. »

« Il primo tentativo di cura praticatosi, consistette, com' era naturale, in purgativi. Vennero propinati gradatamente un infuso lassativo, le polveri di gomma gotta, alcune goccie d'olio di crotontiglio combinate con mollica di pane, il tutto invano; aumentarono invece ma non di molto le dolorose contrazioni peristaltiche, senza provocare la minima evacuazione. In seguito si somministrarono clisteri di infuso di tabacco, che vennero immediatamente reietti senza risultato, e si praticarono generose embrocazioni di estratto di belladonna sul ventre per diminuire i dolori sempre più frequenti ed atroci e tòrre quella contrazione spasmodica delle anse intestinali, ch' erasi fatta continua: all' uopo si aggiunsero giornalieri e prolungati semicupi d' acqua tiepida. Il giorno 22, incominciarono ad apparire le vomiturizioni, soltanto però dei liquidi ingesti, l'appetito diminuì, il polso cominciò a farsi più frequente, stretto, addominale. É superfluo il dire che la distensione dell' addome andava man mano aumentando, per opera specialmente delle anse del tenue ripiene di gas, che aumentava continuamente il proprio volume, penetrando in seguito anche nell'intestino crasso, alterando e nascondendo così la mutezza, che nei primi giorni rilevavasi distintamente. Nel giorno 23 si provocò un consulto col sig. Chirurgo Primario, cui spetta la divisione San Nazaro e San Fedele e per esso intervenne l'egregio signor dott. Ricordi. Dopo diligente esame dell'ammalato si convenne, che era da escludersi interamente il sospetto sia d' invaginamento, sia d' ernia strozzata interna, come di stipsi emorroidaria. La coprostasi non si poteva spiegare adunque che in due modi, o per stenosi intestinale, per causa fino allora ignota, ma da ventilarsi (così erasi diagnosticato nella sala), o per paralisi. Inclinando il dott. Ricordi per quest'ultimo giudizio, consigliò ripetuti e frequenti clisteri d' acqua fredda portati profondamente pel duplice scopo di eccitare le contrazioni intestinali e rammollire le materie fecali, che potevano essere molto indurite. A ciò si credette bene di aggiungere gli stricnici, che si amministrarono per iniezione sottocutanea fino alla dose di 4 milligrammi al giorno; il tutto senza vantaggio alcuno. »

« Nel giorno 25, continuando il ventre dell' ammalato a farsi teso, i dolori a travagliarlo più frequenti e vivi, il vomito delle sostanze ingeste a ripetersi con maggiore intensità e violenza, lo scrivente pregò l' amico e collega dott. Rezzonico, quale Capo

Guardia, a voler esaminare l'ammalato, onde esplorando dall'ano con una sonda esofagea veder di scoprire se ed a quale altezza esistesse lo stringimento, che egli era convinto esser la causa della stenosi, *sia pei sintomi attuali offerti dall' ammalato, sia e specialmente pei disturbi intestinali e le emorragie anali, che lo aveano travagliato da circa un anno e che lasciavano supporre una probabile degenerazione dell' intestino.* »

« Coll' usata gentilezza e zelo il dott. Rezzonico venne e con lui altri colleghi funzionari di Guardia. Colla sonda si potè penetrare per circa 15 o 16 cent. senza incontrare ostacoli, non fu possibile andare più in là, sia perchè la sonda si piegasse, sia perchè i dolori vivi che soffriva l' ammalato non permettessero d' insistere nei tentativi di una più profonda introduzione della sonda stessa. Furon praticati attraverso la stessa, tenuta in sito, alcuni clisteri d'acqua tiepida, ma non uscì che una piccola porzione di feci figurate, che trassero anche il dott. Rezzonico nell' opinione non esistere ostacolo materiale, ma dipendere la coprostasi da paralisi intestinale. Consigliò pertanto l' applicazione dell' elettricità e la continuazione dei clisteri, proponendo anche come mezzo palliativo per intanto le punture col trequarti capillare delle anse intestinali distese da gas: mezzo che si è ormai esperimentato innocente e che pur vale efficacemente a diminuire alquanto la tensione addominale, la quale nel nostro ammalato erasi intanto fatta enorme e tanto dolorosa, ch' egli pregava insistentemente di esserne con qualsiasi mezzo sollevato. Il tutto venne accolto e messo in opera. »

« Nei giorni 26, 27 e 28 infatti si applicò l'elettricità mediante un apparecchio Grenêt a corrente faradica, un polo all' ano, un altro fatto scorrere sul ventre; le contrazioni dei muscoli delle pareti addominali furono sensibilissime, ma non valsero che a rendere più atroci i dolori del paziente, senza ottenere lo sperato beneficio. Le punture delle anse intestinali, mediante il trequarti capillare, furon ripetute senza seguito d'alcun inconveniente con discreto sollievo dell'ammalato e con poco dolore. Si ripigliarono i clisteri, si ripetè l' esplorazione colla sonda coll' identico esito della prima volta. Internamente si somministrava durante questi giorni qualche blando cordiale, e birra di Chiavenna, siccome bevanda la più desiderata dal Canevari e dal suo stomaco meno prontamente reietta. Superfluo il dire che tutto fu vano. Riusciti nulli tutti i diversi tentativi, urgeva prendere un' estrema deliberazione prima che insorgessero fenomeni fatali, e d' altra parte l' ammalato in preda ad atroci sofferenze deperiva visibil-

mente ed era pronto ad ogni operazione. Si propose quindi e fu accettata l'operazione dell'ano artificiale, che venne praticata dallo strenuo signor dott. Antonio Turati alle ore 4 pomeridiane del giorno 29. Fu scelto il metodo così detto classico, consistente nell'aprire il colon discendente nella sua parete posteriore vicino al rene sinistro, riputandosi tale metodo il meno pericoloso come quello che permette di evitare il peritoneo, mentre è noto, che la flogosi di questa membrana è la più comune delle cause di morte nelle operazioni sugli intestini. Assistette all'atto operativo quasi tutto il personale di Guardia ed i medici addetti alla divisione; il tutto procedette con regolarità ed il paziente sopportò con sufficiente calma la gravissima operazione, abbenchè durasse circa 3[4 d'ora. Allorchè l'intestino, debitamente assicurato con fili, venne portato all'orificio esterno della ferita, quindi aperto, ne uscì una abbondantissima polta di materie fecali poltacee che continuò vari minuti, inondando siccome lava, quel povero letto di dolori. Questo incidente, quantunque disturbasse momentaneamente l'atto operativo, riuscì però di non poca soddisfazione morale a noi tutti, siccome prova inconcussa, che lo scopo dell'operazione era raggiunto e che lo stringimento intestinale esisteva più in basso della praticata apertura. Detersa alla meglio la ferita, si completò l'operazione assicurando con alcuni punti di cucitura le pareti dello spaccato intestino alle labbra della ferita medesima. »

« Appena avvenuta l'uscita delle feci, il Canevari trovossi immediatamente sollevato dai suoi dolori, quantunque assai stremato di forze, e potè dimenticare per qualche ora il crudele suo stato mediante il sonno, beneficio codesto, di cui era privo da molti giorni. »

« Tranquillo ma insieme prostrato assai lo trovammo anche nella successiva mattina del giorno 30. Invano tentammo sostenerne le forze ed eccitarne gli spiriti mediante nutrienti brodi e vino Marsala; i polsi si fecero frequentissimi, filiformi, la pelle si raffreddò poco per volta irrorata da copiosi sudori; e senza lamenti nè ulteriori sofferenze il povero Canevari spirava per esaurimento vitale alle 6 antimeridiane del giorno 31, 38 ore dopo la subìta operazione, 40 giorni dall'incominciata coprostasi. Crediamo superfluo il dire che durante le ore vissute dopo l'apertura continuarono ad uscire da questa materie fecali poltacee abbondantissime con progressivo abbassamento del ventre. »

« Ecco ora il risultato della necroscopia praticata alle 6 1[2 antimeridiane del 1.° agosto dall'Assistente della divisione, dott. Covi,

notando che, sia in riguardo alla stagione estiva, in cui ci troviamo, sia per l'indole tutta locale della malattia di cui fu vittima il Canevari, evidentemente interessante la sola cavità addominale, a questa soltanto si limitò la sezione. — Individuo di statura normale, conformazione scheletrica discreta, capillizio rosso-grigio, tinta della pelle bianco-terreo-giallastra, qualche vena cutanea superficiale dell' addome e degli inguini molto appariscente, colore verdognolo-ardesiaco alle parti basse dell' addome, color rosso cupo ed ardesiaco al dorso e più specialmente intorno alla ferita, da cui protrude la mucosa intestinale, che fu cucita ai bordi della ferita cutanea. Rigidità cadaverica scomparsa. Dimagramento non molto ragguardevole. »

« Nell' aprire la cavità addominale, ne esce un piccol soffio di gas fetente, ma messi allo scoperto gli intestini *non si osserva traccia alcuna di peritonite.* Le anse intestinali sono bensì tese per gas contenuto, ma appaiono di color bianco-gialliccio con qualche rara reticola rossa per congestione passiva. La sierosa peritoneale tanto parietale che viscerale è ovunque normale e nella cavità addominale non si osserva traccia di liquido. Tutti gli organi del cavo addominale conservano la loro normale posizione, solo è da notarsi la porzione che forma la curva sigmoidea del retto, che di solito invisibile perchè ricoperta dalle anse del tenue, qui per essere enormemente dilatata occupa tutta la porzione inferiore ed anteriore del grande bacino, e si estende dalla fossa iliaca sinistra fino a quella di destra per ripiegarsi con una grossa curva fino alla colonna vertebrale a formare il retto. Mentre in tutta la porzione superiore dell' intestino anche tolta dalla sua cavità non si scorge nulla di rimarcabile eccetto della generale distensione a confronto del diametro solito, qui nel piccolo bacino, nella porzione superiore del retto dove il peritoneo abbandonava il tubo digerente per gettarsi sopra la vescica, si sente un tumore della grossezza di un uovo di gallina, di forma irregolarmente cilindroide, che fa corpo col retto e sta fisso per mezzo di questo alla colonna vertebrale retrostante. Distaccata tutta l' ultima porzione di intestino con porzione del perineo e poi spaccatala lungo la sua parete posteriore, si scorge a 15 centimetri circa al disopra dello sfintere anale esterno un notevole restringimento, che permette appena e con qualche stento il passaggio alla lama dell' enterotomo, il quale restringimento è dato dal tumore suddetto, liscio all' esterno dove è coperto dal peritoneo, ulcerato nella sua parte interna, d'un colore grigio sporco e contenente nel suo scarso lume anfrattuoso qualche residuo di

materie fecali. Questo tumore cinge anteriormente e man mano decrescendo ai lati tutto il lume del canale, è di durezza notevole, presenta i caratteri *del cancro encefaloide*, misura in lunghezza 6 cent. nel suo maggior diametro da 4 a 5 cent.; tutta la parte dell'intestino, che sta sopra e sotto il tumore, il quale ha margini nettamente delimitati, conserva colore e struttura normale. Così pure il ventricolo, il duodeno, il tenue ed il crasso, quantunque sfiancati per la pressione subita, non presentano nulla d'abnorme sulla parete interna. Organi ipocondriaci normali, come pure i reni. Il grande e piccolo omento son regolari, non presentano nel loro spessore bernoccoli duri, sospetti, e si osserva con meraviglia che non ostante le lunghe fisiche e morali sofferenze dell'individuo, il pannicolo adiposo lungo l'omento ed in grembo alle cavità iliache è non poco abbondante. Le ghiandole inguinali non sono punto ingrossate. La prostata invece, quantunque conservi il suo solito colore bianco roseo, è il doppio del volume normale. »

« Come si vede adunque, il reperto necroscopico confermava pienamente la diagnosi stata fatta nella sala di *stenosi intestinale da neoformazione*. »

C). **Movimento delle malattie chirurgiche comuni e relative annotazioni cliniche.**

a). *Astanteria chirurgica.* — Dalla già citata relazione del signor dott. Rezzonico si rileva che:

I rapporti informativi trasmessi all'Autorità giudiziaria furono 133 e cioè 114 per lesioni od accidentali o da mano altrui, e 19 per morsicature di animali (14 da addentature di cani, e 5 di gatti).

Le fratture sommano a 35, distinte come segue: una di clavicola, sei d'omero, sei d'avambraccio, due di ulna, due di radio, dodici di femore, una di falange, tre di gamba, una di tibia, ed una multipla per schiacciatura della mano destra riportata da un giovane ventenne in seguito all'incauto maneggio di una macchina. Quest' ultima reclamò l'amputazione dell'avambraccio al suo terzo inferiore, che venne praticata del signor dott. Vida. Uno dei fratturati di femore, preso da gangrena in seguito alla grave contusione riportata, morì dopo pochi giorni di degenza, e dieci giorni dopo l'avvenuta lesione.

Le lussazioni furono quattro e cioè due d'omero, una di fe-

more per caduta da un carro, ed una di mascella in seguito a sbadiglio.

Numerose risultarono le ernie strozzate, ascendendo esse alla cifra di 13 (dieci in uomini e tre in donne), delle quali 10 furono ridotte coi mezzi incruenti, e 3 abbisognarono della erniotomia. Degli operati, due guarirono, ed uno morì.

Le altre operazioni eseguite dalla guardia furono sei paracentesi, una laringotomia in un bambino difterico, sei punture d'idrocele, 310 siringazioni, l'amputazione già citata d'avambraccio, una toracentesi, la legatura dell'arteria omerale destra eseguita dal signor dott. Turati in una ragazza affetta da anconartrocace con emorragia arteriosa ed una colotomia sopra il malato degente per stipsi ostinatissima da 35 giorni, di cui venne data la storia.

Numerosa al solito fu la distribuzione dei presidi chirurgici ai bisognosi della campagna. Ben 527 individui furono provveduti di cinti, 11 di calze espulsive, 8 di sospensori, 6 donne di pessari, 8 di ventriere, 2 bambine di scarpe ortopediche, e 2 adulti di gambe artificiali.

b) *Divisioni ospitaliche.*

Esistenti		Entrati		Usciti		Morti		Rimasti	
Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Ac.	Cr.	Acuti	Cron.
269	47	441	17	395	9	30	5	285	50
316		458		404		35		335	
774				774					

La mortalità per cento sulle malattie acute fu di 7,06, sulle croniche di 35,71.

1.° Nella divisione già diretta dal sig. dott. Tassani, riferente il dott. Vergani, furono eseguite una erniotomia per ernia crurale destra strozzata (dal signor dott. Vergani), la cura di un

idrocele colle punture multiple (dallo stesso), quella di un idrocele colla puntura semplice di un trequarti, ed un'operazione di fistola all'ano (ambedue dal signor dott. Tibaldi). Ritardarono le dimissioni, le gangrene nosocomiali, le risipole e le forme gastro-intestinali.

2.° In quella del signor dott. Monti l'amputazione totale del pene in un vecchio per gangrena, non si sa se spontanea o provocata da applicazione di polveri escarotiche adoperate a distruggere alcune vegetazioni (dal signor dott. Ricordi). L'operato morì pochi giorni dopo per pioemia. Una cistotomia col taglio lateralizzato in un ragazzo di dodici anni avente in vescica un voluminoso calcolo che fu mestieri ridurre col frangipietra (dallo stesso); un'amputazione di braccio col metodo circolare per ferita lacero-contusa con perdita della mano trascinata nelle incastrature di una macchina (dal dott. Vida); due disarticolazioni di dita (una dal dott. Grancini, l'altra dal dott. Ricordi) ed una puntura d'idrocele (dal signor dott. Marzari).

3.° In quella del signor dott. Gritti la riduzione del 1.° dente incisivo del lato sinistro della mascella superiore che sporgeva obliquamente in fuori, praticata in soggetto già operato di stafilografia ed uranoplastica; — la demolizione della metà della lingua mercè la galvano-caustica per cancro epiteliale: la riduzione mediante il polispasto di una lussazione omerale che datava da 40 giorni (tutte dallo stesso Primario).

4.° In quella del signor dott. Fumagalli due cistotomie lateralizzate per calcolo vescicale (una dallo stesso primario, l'altra dal dott. Boccomini), un'amputazione di braccio al 3.° medio per anconartrocace (dal signor dott. Brera), l'esportazione di un tumore cistico al sopracciglio (dal signor dott. De Magri) e quattro cauterizzazioni col caustico di Filhos per angectasia.

5.° In quella del signor dott. Degliocchi, un'erniotomia per ernia inguinale sinistra strozzata da tre giorni (dal signor dottor Vida).

6.° In quella del signor prof. Albertini (sostenuta per assenza di questi, dall'Aggiunto dott. Restellini) un'erniotomia inguinale; l'esportazione di un sarcocele al testicolo destro (dal signor dott. Vida); una resezione di cubito col metodo di Heyfelder, modificato da Erichson e la esportazione di un grosso tumore parotideo (dal predetto signor dott. Restellini).

D). **Movimento delle malattie speciali.**

Specialità	Esistenti	Entrati	Usciti	Morti	Rimasti
Venerei e sifilitici	21	32	31	1	21
Ottalmici	79	161	149	1	90
Vaiuolosi	7	19	11	2	13
Petecchiosi . . .	22	37	27	10	22
Morbillosi . . .	18	21	22	2	15
Dermatici . . .	43	56	64	—	35
Scabbiosi	2	35	34	—	3
Tignosi	30	5	9	—	26
Deliranti	353	179	135	31	366
Gravide e puerpere	13	62	55	9	11
Bambini lattanti .	11	38	39	2	8
Difterici	19	60	23	35	21
Totale	618	705	599	93	631
	1323		1323		

Osservazioni.

1.° *Malattie oculari.* — In questa divisione speciale diretta dal Medico Primario signor dott. Lainati furono eseguite:

5 iridectomie; la prima per cicatrice aderente alla cornea destra, la seconda per ottalmite traumatica, la terza per cheratite traumatica susseguita dalla suppurazione della cornea, la quarta per atresia di pupilla, l'ultima per irido-coroideite,

2 trichiasi col metodo di Krampton,

2 esportazioni di neo-formazioni maligne della cornea e congiuntiva,

1 escisione di pterigio tenue,

1 esportazione di stafiloma opaco-corneale,

1 estrazione di cataratta col metodo di Graefe. Si rimarcarono varie cheratiti traumatiche con perdita consecutiva della facoltà visiva, in conseguenza dei lavori agricoli di mietitura di grani.

2.° *Malattie mentali.* — Dalle osservazioni poste alla tavola nosologica dal Primario signor dott. Brocca (comparto femminile) risulta che il numero delle entrate in questo mese fu di molto maggiore di quello notato nei mesi scorsi, essendo asceso

alla complessiva cifra di 59. I grandi calori come l' eccessivo freddo, è ormai provato dalle statistiche nostre, sono i coefficenti più comuni per lo sviluppo della pazzia; si noti poi che come di costume è nel luglio e agosto che il maggior numero di pellagrose vengono spedite all'ospedale per la cura balnearia. Ed in fatti troviamo che sopra cinquantanove entrate ve ne sono quattordici caratterizzate pellagrose, e fra le inscritte nella mania e melancolia non poche pure appartengono alla triste famiglia delle pellagrose, se non che ad esse non venivano associate, visto non ben caratterizzato il delirio proprio di quella labe. — Si contano fra i nuovi ingressi non meno di sette epilessie semplici, una pazzia epilettica, ed una pazzia isterica. Fra le prime ne uscirono migliorate ma non guarite sei, una si rese defunta e merita se ne ricordi la storia.

Trattasi di certa Lucini Celestina, d'anni 17, contadina, nubile, domiciliata in Abbiategrasso, entrata nel comparto il 21 giugno scorso e morta il 25 luglio passato. — Narrano i parenti che tre giorni prima di riparare all' Ospedale veniva essa improvvisamente colpita da convulsioni giudicate dal medico condotto di natura epilettica. Ha i genitori sani ed essa non fece mai malattie gravi, nè ebbe spaventi o qualsiasi altra violenta impressione morale. — Nella attestazione medica è detto aver ella evacuato parecchi lombrici in seguito alla somministrazione di polveri antelmintiche. — Ha cranio regolare, pupille molto dilatate, mestrui regolari, è ben conformata di corpo e risponde con chiarezza. Dal 22 giugno al 26 gli accessi sono quotidiani, ma limitati a due o tre al giorno; l' intelligenza si mantiene perfetta, e non presenta segni di reazione febbrile. Interrogata sugli antecedenti suoi, nega assolutamente di aver mai sofferto prima d'ora di disturbi nervosi, nè a suo dire sa spiegarne ora l' origine. — Dal 27 giugno al 4 luglio rimane libera dagli accessi. — Il 5 luglio è sorpresa da capogiri e cefalalgia grave, che si aumentano nei dì seguenti senza però gli accessi epilettici. Il 14 continuando il dolore al capo e le vertigini, sopraggiunge la febbre, pur mancando tuttavia l'epilessia. Dalla cessazione di quest' ultima sino a tutto il 20 luglio l' ammalata mostrasi balorda, confusa, inerte; interrogata, risponde con difficoltà, e non mangia che imboccata. Il 21 riappaiono gli accessi epilettici e con essi la febbre si fa più manifesta. Nella visita vespertina, il sopore è tale da dover ricorrere alla applicazione di mignatte dietro le orecchie, ha moto ritmico della mano destra e più specialmente del dito pollice. Il 22 gli accessi epilettici sono innumerevoli, il movimento ritmico

della mano si è esteso al braccio corrrispondente, ed al labbro superiore sempre dal lato destro; i polsi sono febbrili, la cute urente, il sopore aumentato. Aggravamento degli anzidetti fenomeni nei giorni di 23 e 24 luglio con perdita involontaria delle orine e delle feci; il 25 alle ore 10 pom. muore poco dopo un accesso epilettico violentissimo.

Ebbe ripetute applicazioni di mignatte, vescicanti, calomelano a vapore. Nei primi giorni di suo ingresso e quando la malattia parve decorrere mite e coi caratteri della epilessia comune, non mancò l'uso del bromuro potassico elevato sino alla dose di otto grammi al giorno.

Trentaquattro ore dopo il decesso eseguivasi l'autossia che offriva i seguenti risultati.

Cadavere ben conformato, discretamente nutrito, rigidità scomparsa. Calotta ossea di spessore normale. La dura madre non aderente al cranio. L'aracnoide e la pia meninge formano uno strato sottile facilmente lacerabile che a levarlo dalle pieghe cerebrali facilmente trae seco uno straterello di sostanza cinerea che è piuttosto rammollita. — La sostanza cinerea è di colore ineguale, in alcuni punti più sbiadita che in altri. I ventricoli laterali vuoti, vòlta a tre pilastri molle, tela coroidea piuttosto iniettata; glandola pineale piccola ma consistente, però senza acervolo. Gli oggetti dei ventricoli laterali non presentano nulla di abnorme, piccolo il ventricolo del Silvio. Completo il circolo del Willis, ma esili i tronchi vascolari che lo formano e specialmente le comunicanti posteriori. Manca la trabecola cinerea. Dei due corni d'Ammone il sinistro è più sviluppato e turgido del destro. — Anche il talamo ottico sinistro sembra più sviluppato del destro. Il cervelletto è floscio. Il nodo dell'encefalo è piuttosto raggrinzato; lo stesso dicasi dei peduncoli cerebrali.

Petto. — Nulla di notevole ai polmoni; il miocardio alquanto pallido.

Ventre. — La bocca di tinca è vivamente iniettata. Una iniezione minore notasi nella cavità del corpo dell'utero. Tutto intorno all'utero ed ovaie avvi un ingorgo manifesto che sembra specialmente venoso. Dalla tromba faloppiana sinistra pende una cisti grossa quanto un pisello. — (Notisi che la donna in questione trovavasi in corso di mestruazione incipiente il dì del suo ingresso nelle infermerie, ed il flusso uterino si mantenne per alquanti giorni anche dopo). Fegato normale, milza piccola, molti tricocefali nel cieco che mostrasi vivamente iniettato e si potrebbe dire anche infiammato (tiflite).

Parvemi degna di speciale attenzione la storia di questa giovane, trovandosi in presenza di una epilessia nata senza cause apparenti, scoppiata in modo improvviso e con un decorso all'infuori dell'ordinario. Nulla infatti ha essa di comune colle epilessie solite a vedersi. — Sorpresa dal male mentre sembrava sorriderle la più fiorente salute, poco appresso vedesi libera per breve tempo dagli accessi senza che di ciò nessuna possa darne ragione. Trascorsi non molti giorni compaiono fenomeni di congestione cerebrale e dietro ad essi di nuovo l'epilessia che questa volta si associa ad uno stato evidentemente febbrile, e con esso è tratta alla tomba in poco più di un mese dal primo apparire della forma nervosa. — Credo quindi trattisi in questo caso di una epilessia acuta, nata con tutta possibilità da una lenta pachimeningite, cui più tardi associavasi l'infiammazione delle pie meningi, come lo provano lo stato patologico di esse e della massa cerebrale alle medesime aderente. — Qual parte abbia avuto nell'aggravamento dei segni propri alla epilessia la lesione delle intestina nella loro porzione ileo-cecale, non saprei dire; in ogni modo mi pare che la condizione patologica di questo viscere non deve essere rimasta senza grande influenza nell'esito della malattia principale.

Dirò finalmente che nella fenomenologia di questa malattia e suo andamento si hanno molti punti di contatto con quella infermità che dall'illustre nostro dott. Dubini si volle chiamare corea elettrica o ritmica, e che l'acuto osservatore, defunto dott. Clerici Giovanni, amò meglio contrassegnare col titolo di epilessia acuta. Il modo di insorgere, il decorso di essa, la frequenza degli accessi più il male si avanza, la persistenza del moto continuato ed uniforme del pollice e più tardi della mano destra, in un coi segni visibili di uno stato febbrile, e per ultimo l'esito fatale, costituiscono una tal serie di fatti da lasciarci veramente in dubbio se la corea ritmica e l'epilessia acuta non sieno in ultima analisi una sola ed unica malattia.

Fra le trasportate in altre sale duole il dover notare una povera idiota già da più mesi degente nel nostro comparto, ed avviata il 23 luglio nella sala delle difteriche ove moriva pochi giorni dopo. Per buona sorte fino ad oggi non si ebbero altri casi.

3.° *Malattie cutanee.* — Il dirigente signor dott. Dubini nelle postille clinico-terapeutiche apposte alla sua tavola annuncia di aver guarito in pochi giorni una *pytiriasis versicolor* (cloasmi) colla soluzione composta di sublimato, alcool, acqua, solfato di

zinco e acetato di piombo, soggiungendo esser questo il più potente fiticida, e che dall' organismo è tollerato sulla cute senza alcun inconveniente. Narra di una contadina pellagrosa, d' anni 31, allattante il proprio bambino e curata di una psoriasi diffusa a tutto il corpo, che durava da 11 anni e che guarì in poco più di un mese colla cura esterna dei bagni alcalini e della pomata con catrame, e colla interna di piccole dosi di soluzione arsenicale, dalle quali non ne venne mai alcun nocumento al bambino che fu sempre prospero. Assicura inoltre che la guarigione dei vespai del capillizio è immancabile in meno di 40 giorni ove si curino le piastre con pennellature di glicerolato d' amido, mista a nitrato d'argento previamente sciolto nella glicerina, coprendo il capo, dopo le pennellature, col cataplasma saturnino. Nella mentagra, oltre all' accurata depilazione, ai cataplasmi saturnini, alle pennellature col glicerolato d' amido, misto a nitrato d' argento, alle unzioni di turbite minerale, raccomanda la soluzione satura di iodio pure nell' alcool rettificato, dalla quale ottenne pronti vantaggi. E questo sovrano rimedio il dott. Dubini sta pure sperimentando nei *lupus* e già con tali risultamenti da credere che avanzi ogni altro rimedio locale nella cura di questa ribelle malattia.

4.° *Malattie d'infezione.*

a) *Petecchiosi.*

Ecco il prospetto speciale mensile presentato dal sig. dottor Breganze, medico dirigente la divisione.

Esistenti		Entrati dalla Accettaz.		Entrati da altre sale		Guariti		Trasportati in altre sale		Morti		Rimasti	
M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
6	16	17	11	4	7	8	19	1	2	3	6	9	13
22		28		11		27		3		9		22	
61						61							

Fra i casi più gravi è citato quello di una donna in sesto mese di gravidanza che dovette soccombere, essendosi anche spontaneamente determinato il parto prematuro.

b) *Vaiuolosi.* — Prospetto.

Esistenti		Entrati dalla Accettaz.		Entrati da altre sale		Guariti		Trasportati in altre sale		Morti		Rimasti	
M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
5	2	8	6	2	3	6	4	—	1	1	1	8	5
7		14		5		10		1		2		13	
26						26							

Lo stesso curante sig. dott. Breganze nota come prevalessero le forme confluenti e ricorda due casi gravissimi in soggetti di età inoltrata e complicati, l'uno da pneumonite doppia, l'altro da catarro polmonare cronico, susseguiti ambedue da decesso.

E). **Movimento scientifico del Laboratorio anatomo-patologico presentato dal Prosettore sig. dott. Achille Visconti.**

a) *Necroscopie.*

Categorie	Sez. I.	Sez. II.	Sez. III.	Totale
Apparato d'innervazione	1	3	—	4
» circolazione	—	—	1	1
» respirazione	—	—	2	2
» uropoetico	1	—	—	1
Malattie di infezione	—	—	6	6 (1)
	2	3	9	14
	14			

N. B. Lo scarso numero totale dipende dalla normale sospensione delle autossie durante i mesi estivi.

b) *Analisi microscopiche e chimiche dei prodotti morbosi provenienti dai comparti del nosocomio.*

Esame di un liquido tolto dalla vagina.

Alcune uroscopie.

2.° Pio Istituto di S. Corona.

A) **Nella residenza.**

In medicina si fecero 1223 visite, delle quali 297 ad uomini, 625 a donne e 301 a bambini. Prevalsero in numero i catarri intestinali (457) i catarri gastrici (278) e le tubercolosi (187).

Il sig. dott. Benazzi accenna che gli ammalati a lui offertisi in cura nella residenza si presentarono pressochè tutti tributari delle scrofole sotto tutte le sue forme e filiazioni, della tubercolosi, cioè, delle degenerazioni caseose e amiloidi, dei catarri, delle adenopatie, dermopatie, cachessia, ecc.

In chirurgia si fecero 999 visite e cioè 370 ad uomini, 436 a donne e 193 a bambini. Prevalsero le piaghe scrofolose (48), le

(1) Tutte appartenenti ad individui morti per angina difterica.

piaghe da varici (46), i paterecci (35) e le ernie inguinali libere (130). Il sig. dott. Rizzardi cita un caso di torpore intestinale di lunga data vinto colle pillole d'aloe, belladonna e sapone medicinale; furono praticate dallo stesso diverse spaccature di ascessi, di paterecci, lo sbrigliamento di un favo, una puntura d'idrocele, e diverse medicazioni di fratture.

B) **Nelle ambulanze.**

1.° *Ottalmica.* — Gli ammalati nuovi sommarono a 223, le visite praticate salirono prossime alle 3000. Prevalsero in numero le congiuntiviti catarrali acute (60), le congiuntiviti catarrali croniche (35), e le granulose (15). Le operazioni eseguite furono: una iridectomia esterna per glaucoma lento (dal sig. dottor Carlo Forlanini); l' applicazione di alcuni punti di Pagenstecher (dal dirigente sig. dott. De Magri); tre spaccature e cauterizzazioni del sacco lagrimale (due dallo stesso dirigente ed una dal sig. dott. Ulrico Rusconi).

2.° *Sifiliatrica.* — Gli ammalati nuovi ammontarono a 121. — Le visite praticate a 1044: (898 a maschi, 146 a femmine). Le operazioni eseguite dal dirigente signor dott. Turati Achille Francesco furono: la puntura di un idrocele acuto, un'uretrotomia del meato, ed un fimosi. Sugli ammalati nuovi prevalsero in numero quelli affetti da ulceri venerei (53).

3.° *Dentistica.* — Le visite operative eseguite dallo specialista sig. dott. Terruzzi sommarono a 283, delle quali 215 per carie dolente.

4.° *Podoiatrica.* — Dal sig. dott. Briziano furono curati 117 individui (92 uomini e 25 donne) con 598 visite operative. Soggiunge due storie, una d'unghia incarnata al piede, l'altra di callosità estesa al palmo della mano con sottostante seno fistoloso, guariti ambedue in breve coi metodi compressivi e detersivi da lui adoperati.

C). **Nei quartieri.**

Prospetto del movimento mensile.

Esistenti in cura	Ammalati nuovi	Guariti	Migliorati	Non migliorati	Trasportati all' Osp.	Morti	Rimasti in cura
302	2078	1538	185	43	247	69	298
2380		2380					

Osservazioni.

In questo mese furono fatte nei quartieri di Santa Corona dai signori medici chirurghi condotti 6410 visite, in ragione di visite 8.903 in media per ogni quartiere e per ogni medico al giorno. Dalle spoglie delle singole tavole nosologiche risulta che le forme morbose prevalenti furono i catarri gastro-enterici. Come nei mesi scorsi il maggior contingente d'ammalati è dato dalla prima età e cioè dal 1.° al 7.° anno di vita, e ciò specialmente notarono il signor dottor Nolli pel Quartiere 6.°, il signor dottor Spedalieri per l'11.°

Per quanto è della difterite, se ne verificarono 21 casi e cioè due nel quartiere 4.°, dei quali una fatale in donna di 63 anni (dott. Bondioli), quattro nel 5.° ove fece la sua prima apparizione (dott. Bassi), quattro nel 6.° (dott. Nolli), due nell'8.° (dott. Sordelli), uno nel 15.0 (dott. Falugi), due nel 16.° (dott. Mandruzzato), due nel 18.° (dottor Forlanini), uno gravissimo nel 21.° (dott. Benazzi), uno nel 24.° (dott. Caldara) e due nel 9.° (dottor Pecorara). Quest'ultimo dà le singole storie dei due casi che qui si producono compendiate. La prima si riferisce ad una bambina curata colle cauterizzazioni di nitrato argentico alternate colla somministrazione del clorato di potassa e che non fu possibile salvare. La seconda riguarda una giovane di 22 anni guarita in 15 giorni col clorato di potassa somministrato alla dose di 8 grammi in 400 d'acqua (un cucchiaio ogni due ore) e coll'uso dei gargarismi e delle pennellature col decotto di vinca-pervinca (10 grammi di vinca in aqua q. b. per decozione alla colatura di grammi 400). Il dott. Pecorara soggiunge che tale apocinea, ricca di acido tannico, fu già anticamente adoperata nelle angine, che il Borsieri se ne lodò nella sua monografia sulla angina gangrenosa, e che in oggi è adoperata con risultato favorevole, oltre che da lui, dal prof. Gherini, penellando nel 1.° stadio della difterite.

I morbilli notificati furono 23, dei quali tre nel quartiere 15.° (dott. Falugi), sei nel 16.° (dott. Mandruzzato), cinque nel 17.° (dott. Brambilla Carlo), quattro nel 18.° (dott. Forlanini), due nel 22.° (dott. Gnecchi).

I casi di scarlattina sommarono a 14 e cioè, uno nel quartiere 2.° (dott. Brusaferri), sette nel 17.°, cinque nel 18.° ed uno nel 23.° (dott. Giani).

Quelli di vaiuolo non furono che cinque, uno gravissimo nel quartiere 14.° (dott. Barzanò) e quattro nel 17.°

Il sig. dott. Benazzi ricorda d'aver avuto in cura 10 casi di

febbre tifoidea, ed accennando che siffatta forma morbosa predomina negli ospitali e nella pratica privata cittadina, richiama su di questo fatto l'attenzione dei colleghi.

Il sig. dott. Giuseppe Brambilla osserva come nel suo quartiere (1.°) non occorra quasi mai la febbre intermittente, e siano invece frequentissime le tubercolosi e l'emoftoe.

Il sig. dott. Pini accenna alla guarigione di un gravissimo pemfigo ottenuto in quindici giorni coll'uso del solfito di magnesia.

Il sig. dott. Monguzzi cita il caso di una ragazzina di 9 anni che ingoiò inavvedutamente un matassino di seta nera, la quale non si potè riottenere per vomito, e che colla sua presenza produceva spasmodici dolori al ventre: mediante purgativi e clisteri se ne ottenne la evacuazione per secesso. Il primo a passare fu una specie di gomitolo costituito dalla matassina ravvolta su di sè stessa, che lasciava però dietro sè un filo, che non potè essere artificialmente levato, giacchè le menome stirature su di esso inducevano insopportabili dolori, e che solo venne espulso nella lunghezza di 2 metri circa dall'azione di altri leggieri purganti.

D). **Servizio ostetrico.**

Dalle signore levatrici condotte furono complessivamente assistite 14 partorienti e cioè 10 per parti naturali facili, 2 per parti naturali difficili e 2 per parti prematuri.

3.° Ospedale Ciceri.

Movimento delle ammalate.

Esistenti	Entrate	Guarite	Morte	Rimaste
97	101	87	1	110
198		198		

Prevalsero i catarri gastrici (28), le bronchiti (21), le enteriti (20), le febbri tifoidee (20), fra le quali ultime il riferente signor dott. Astori Medico Primario cita particolarmente una E. V., d'anni 17, che entrava nell'ospitale il giorno 3 giugno dopo sei

giorni di febbre continua curata a domicilio. Il delirio, la prostrazione massima delle forze e le ricorrenti emorragie dalla mucosa nasale, intestinale e delle parti genitali, facevano grave il pronostico. — Quando a renderlo quasi disperato insorsero i segni di una vera pneumonite doppia da stasi sanguigna nel viscere con emoftoe, aumento di febbre e grave dispnea. Il percloruro di ferro internamente amministrato, i chinacei, l'infuso di ipecacuana e la dieta ristorante giovarono ciascuno a sua volta a vincere i gravi fenomeni morbosi e guarirono l'inferma dopo due mesi di degenza.

ADUNANZA SANITARIA MENSILE.

Nella seduta di questo mese il signor dott. Carlo Forlanini lesse una Memoria intorno ad un caso di tubercolosi del miocardio. Il soggetto al quale esso si riferisce è certo Mazzucchelli Enrico, d'anni 22, contadino, entrato nel giorno 6 febbraio 1873 nella sala San Dionigi ed ivi morto il 1.º aprile successivo. — La diagnosi fatta in sala fu di cachessia palustre, ed a questa si aggiunse poi, poco tempo prima della morte, quella di dilatazione del cuore. — Il Mazzucchelli in vita sofferse per alcuni mesi di cardiopalmo e di febbri intermittenti: la morte avvenne coi sintomi di una rapida crescente paralisi del muscolo cardiaco. — All'autossia si trovò edema generale non molto rilevante: aderenze pleuriche parziali, d'antica data, d'ambo i lati edema polmonare, pneumonite catarrale lobulare diffusa, recentissima, non ancora passata al periodo della regressione caseosa, milza di volume doppio del normale, infiltrazione adiposa e stasi cronica del fegato e dei reni, catarro cronico del ventricolo, retinite essudativa dell'occhio sinistro, ghiandole linfatiche ovunque normali. Il cuore si mostrò sede di quell'alterazione estremamente rara che è la tubercolosi del miocardio; il suo volume era circa triplo del normale; il peso di 810 grammi, più cioè di tre volte il normale: i foglietti pericardici fortemente saldati e convertiti in una densa lastra di essudati fibro-gelatinosi. — La massa del miocardio quasi interamente occupata da grossi nodi caseosi fusi fra loro, taluni assai rammolliti nel centro, così da essere convertiti come in piccole caverne nello spessore della parete cardiaca; i più, lievemente prominenti sulla faccia esterna del cuore; alcuni vegetanti, sotto l'endocardio sempre, e sporgenti come bottoni di vario volume nella cavità dei ventricoli e delle

orecchiette: l'endocardio uniformemente inspessito ed opacato; le valvole normali. Gli ostii aumentati in relazione all'aumento dei diametri delle cavità; la residuante massa cardiaca in preda ad una avanzata atrofia gialla; la degenerazione in nodi caseosi del miocardio prevalente nelle pareti del setto ventricolare e delle pareti del ventricolo destro, le quali in alcuni punti non offrono quasi più traccia di sostanza muscolare fra l'endocardio ed il miocardio, e nel rimanente questa è tutta costituita da una sottile piastra immediatamente sotto l'endocardio. I muscoli papillari e le colonne dovunque esenti dalla degenerazione. — L'esame microscopico dimostrò che i nodi erano tubercoli; nella quasi totalità il prodotto aveva subito la regressione caseosa; in pochi punti conservava però la loro struttura sufficientemente manifesta da permetterne una diagnosi sicura: si mostrò costituito da voluminose cellule giganti contornate da belle e grandi cellule epitelioidi per lo più di forma poligonale; nel rimanente da nuclei splendenti, rotondeggianti, talora contornati da sottili strati di protoplasma; in qualche rarissimo punto potè essere osservato un evidente reticolo. — La diagnosi di pneumonite catarrale venne fatta al microscopio: nei due polmoni non si trovò traccia di tubercoli; così negli altri visceri.

Il caso esposto di tubercolosi del cuore sarebbe il tredicesimo dei casi noti, dei quali il dott. Forlanini dà una breve analisi. Risulta da questa che il caso attuale è il più ragguardevole, e per il volume straordinario del prodotto tubercolare che non venne raggiunto in nessuno dei 12 casi noti, e per essere qui la tubercolosi primitiva, mentre in tutti gli altri dodici casi la tubercolosi fu secondaria e segnatamente secondaria a tubercolosi del polmone. — Il dott. Forlanini presentò il pezzo anatomico: questo è oggi conservato nel nostro museo anatomico-patologico.

VARIETA'.

Scrofolosi ai bagni di mare. — Arrivati da Sestri, il giorno 16 gli scrofolosi della prima spedizione, e tutti in ottime condizioni di salute, partivano due giorni dopo quelli della seconda a carico del legato Vassalli.

Personale sanitario ospitaliero. — Per assoluta deficienza del personale medico nell'Ospitale in causa di numerose assenze per malattia, vacanze od altro, vennero assunti in servizio straor-

dinario per le divisioni mediche il sig. dott. Francesco Galbiati e per le chirurgiche il sig. dott. Giuseppe Teruzzi, ambedue applicati al Pio Istituto di Santa Corona.

Dono. — Dalla R. Pretura vennero consegnati all'Ispettorato sessanta passeri, frutto di contravvenzione alla legge sulla caccia. Passati alla cucina dell'Ospitale vennero utilizzati nel dietetico straordinario degli infermi.

Notizia. — Riescirà grato l'annuncio che il dottore Piantanida e la inserviente Panattieri, colpiti durante lo scorso mese, il primo da processo infettivo adinamico svoltosi mentre attendeva alla cura dei difterici e la seconda da tifo esantematico contratto nell'assistenza dei petecchiosi, volgono ora a convalescenza.

Libri pervenuti in dono alla Biblioteca dell' Ospitale Maggiore.

De Castro S. V. « Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurgical. » Paris, 1870. Dal sig. dott. Giorgio Werner.

Girard Ch. « Étude sur les ferrugineux et en particulier sur le protoxalate de fer. » Paris, 1874. Dall'Autore.

Dusart L. O. « De l'inanition minérale dans les maladies. » Dall'Autore.

Castiglioni Pietro. « Sorveglianza sopra la prostituzione e modi per impedire la diffusione della sifilide. » Roma, 1872. Dall'Autore.

Rizzi Mosè. « Relazione intorno allo stato morale ed economico del Pio Istituto di Maternità e dei Ricoveri pei bambini lattanti in Milano negli anni 1870, 1871 e 1872, » Milano, 1874. Dall'Autore.

« Manuale dell' infermiere negli Spedali di Lucca. » Lucca, 1874. Dal Presidente del Consiglio comm. Anelli.

Dall'Ufficio Medico presso l' Ospedale Maggiore di Milano 1.° settembre 1874.

Il Medico Capo
Dott. *Zucchi.*

Il Segr. medico rel.
Dott. *Zuffi.*

Relazione dei lavori eseguiti nel Laboratorio chimico della Stazione di prova presso la R. Scuola superiore d'agricoltura in Milano. Anno 1872-73. *Milano, 1874; op. di pag. 68. — Cenno bibliografico.*

Raccomandiamo questo volumetto a coloro che avversano la R. Scuola Superiore di Agricoltura in Milano, o ne mettono in forse la utilità. — Niuno, disse il Ministro di Agricoltura, Industria e Commercio del Regno d'Italia, nella sua Circolare 15 gennaio 1874 sulla Esposizione di Vienna, niuno può avere speranza di prevalere, se non adopera validamente le grandi forze della produzione moderna: la scienza ed il capitale. — E il Ministro della Istruzione Pubblica, nella sua Circolare del febbraio 1874 aggiungeva:

« Non è nel paese nostro il menomo dissenso circa l'utilità del sapere. Appunto in questa concordia in un principio nobile ed alto, con cui l'Italia rinacque a nuove sorti, deve trovare costanza di fede chiunque s'affatica a diffondere l'amor del verò e del bene, insieme colla conoscenza di quegli elementi che non costituiscono certamente il sapere, ma dai quali qualunque sapere è costretto ad incominciare. »

La pubblicazione dell'illustre prof. Angelo Pavesi, e del suo distinto assistente ing. Ermenegildo Rotondi, è fatta appunto per provare quanto giovi la scienza all'agricoltura, colle nozioni che somministra e colle applicazioni che suggerisce. Incaricati delle ricerche chimiche nella stazione di prova, prima cura degli Autori fu di sottoporre ad analisi chimica i diversi materiali adoperati od adoperabili come concimi nelle provincie lombarde, affine di fornire agli agricoltori un sicuro criterio per apprezzarne il valore. Inoltre esaminarono parecchi materiali che servono come foraggio: fecero numerose analisi di acque, di combustibili, di minerali dietro richieste private, fra le quali danno conto di alcune, la cui conoscenza può riescire di utilità, sia agli agricoltori che agli industriali.

Saremmo quasi tentati di addentrarci in queste materie, poichè ci sembra che i medici condotti, i quali nelle campagne rappresentano la intelligenza e il sapere, debbono essere versati in agricoltura e consiglieri al contadino anche in talune pratiche agricole, che non sono alla sua portata o sfuggono alle sue cognizioni. Ma ce lo vieta l'indole del nostro giornale e l'obbligo

di restringerci agli argomenti esclusivamente sanitari. Fra i temi trattati dai nostri Autori, ve n' hanno però alcuni che ben possiamo menzionare, senza derogare al nostro programma.

Studiando la spontanea combustione del fieno, la quale talvolta è causa di tante disgrazie, gli Autori hanno trovato che essa si determina ad una temperatura prossima ai 300 gradi. E siccome è noto che l' accensione del fieno dipende dalla fermentazione che si sviluppa nell' interno della massa, la quale, essendo cattiva conduttrice del calorico, concentra nell' interno il calore che si svolge da questa fermentazione, e trasforma il fieno in una massa carbonosa dotata di proprietà piroforiche — giova, trattandosi di fieno non interamente essiccato, distendervi degli strati di paglia i quali sottraggono il calore che và svolgendosi; e meglio ancora lasciare degli sfiatatoi o camini che facilmente si ottengono disponendo dei pali nel mezzo della massa di fieno, pali che si levano in seguito.

Oltre l' analisi dell' acqua del Naviglio Grande, del Brembo, dell'Olio, del Serio, del Canale d'Olona, del Canale Cavour, della Roggia Mora a Romagnano, e quella del Canale Vettabia in Milano, esaminata specialmente allo scopo di valutarne la ricchezza in sostanze minerali ed organiche, utili all'agricoltura, gli Autori ci hanno dato l' analisi dell' acqua salso-iodica di S. Colombano al Lambro, da poco tempo introdotta in medicina, e che già rivaleggia coll' acqua di Sales.

L' acqua di S. Colombano al Lambro, attinta alla fonte dei fratelli Caccia il giorno 8 settembre 1872, fu trovata della seguente composizione per litro:

Joduro di magnesio . .	gr. 0.0219	= 0,0501 di iodio
Bromuro di magnesia. .	» 0.0281	= 0.0244 di bromo
Cloruro di magnesio . .	» 0.3031	
Cloruro di sodio. . . .	» 7.1248	
Solfato di magnesio . .	» 0.0150	
Solfato di calce	» 0.1226	
Carbonato di calce . .	» 0.3220	
Ferro (ossido)	traccie	
Litio	traccie	
Allumina idrata	» 0.0180	
	gr. 7.9555	
Residuo totale per litro	8.024	minerale 7.970 organico 0.050

La quantità di 24 milligrammi di iodio per litro si può ritenere come una media. — Analisi eseguite in epoche differenti diedero infatti i seguenti risultati:

Acqua attinta al	29 luglio	1872	conteneva	gr.	0.0273	di iodio	per litro
»	»	11 agosto	»	»	0.0261	»	»
»	»	8 sett.	»	»	0.0201	»	»
»	»	14 gen.	1874	»	0.0245	»	»

Dal lato farmacologico, meritano attenzione i lavori degli Autori sulla parabussina greggia, ch'essi hanno depurato con ripetute dissoluzioni nell'alcool, preparandone il solfato, il cloruro, il nitrato, non che l'alcaloide libero, e la combinazione del cloruro col sale di platino allo scopo di determinarne la formola. — E dal lato igienico e sociale vanno segnalate le ricerche sull'alimentazione dei contadini nella Provincia di Milano, tanto più che i calcoli ch'essi presentano non sono che il principio di studi più lunghi e completi che gli Autori si propongono di istituire sull'alimentazione del nostro popolo campagnolo.

Per ora essi si sono limitati a sottoporre a disamina il vitto da contadino d'un cascinale presso Melegnano, e quello dei dintorni di Legnano.

Mentre l'alimentazione del primo, fornita dal fittabile sotto forma di minestra di riso con fagiuoli e verze e pane di mais, si comporrebbe di:

Amido	gr.	992.30
Materie proteiche	»	160.16
Sali minerali	»	22.73

Quella del secondo, parimenti consistente in pane giallo, e minestra di riso con fagiuoli, pomi di terra e lardo, risulterebbe di

Amido	gr.	527
Materie proteiche	»	40
Sali minerali	»	12

La enorme differenza tra l'alimentazione del contadino della parte bassa, da quella dell'altipiano, fa impensierire gli Autori, e li induce a dubitare che qualche errore di informazione li abbia tratti a sì diverse conclusioni. È certo però che i contadini del circondario di Gallarate vivono assai miseramente, e per ciò stesso sono tormentati permanentemente dai mali della miseria

e della fame, ossia dalla pellagra e dal tifo. L' imperatore Giuseppe II aveva scelto il borgo di Legnano, per aprirvi l'ospitale dei pellagrosi, immortalato dalle ricerche dello Strambio Gaetano seniore. Dal 1817 in poi alcuni paesi del Gallaratese non hanno più potuto liberarsi dal tifo petecchiale, che vi regna endemico, e scoppia a quando a quando con intense epidemie locali. E i distinti ostetrici prof. Pietro Lazzati e dott. Gaetano Casati hanno riconosciuto dominare in quella zona l' osteomalacia, malattia appunto prodotta dalla privazione dei sali e specialmente del fosfato calcare nella composizione delle ossa. La medicina pratica viene quindi a confermare i dati della scienza ed a porgerci la spiegazione teorica dei gravi malanni che affliggono quelle popolazioni, meritevoli di sorte migliore.

Sull' origine dei Lazzaretti e dei Magistrati di Sanità. *Memoria del cav.* ANTONIO LUIGI BRUZZA, *Medico Chirurgo Onorario della Sanità Marittima. Genova, 1874; op. di pag. 64. — Cenno bibliografico.*

Il dott. Luigi Bruzza, autore di parecchie opere interessanti d'igiene pubblica e privata, e specialmente d'igiene navale, dedica questo studio per rivendicare alla sua Genova il vanto ben dovutole di avere istituito in Europa il primo *Magistrato di Sanità*, e fondato, dopo Venezia, il secondo *Lazzaretto*, che servisse a ricovero degli appestati. Genova, per l'arditezza delle sue imprese, per l'estensione delle sue relazioni politiche e commerciali, tra tutte le città più trafficanti d' Europa, costituisce insieme con Venezia l' unico anello che, dopo la caduta dell' Impero romano, congiungesse, per questo lato all' Italia d' allora l' antica civiltà latina. E sarebbe stata per essa un' onta, il trasandare la tutela della sanità pubblica, o il tener dietro agli altri popoli, che di tanto avanzava in saviezza e in potenza. Per il che l' Autore confida che i cultori della scienza, e gli amatori delle cose patrie, gli sapranno grado delle sue ricerche e dei risultati ottenuti, non solo a scopo di gloria domestica, ma per rivendicare alla Italia il merito grande d' essere stata la prima a dare queste alte prove di civiltà alle genti.

Tutti gli scrittori che si occuparono della storia veneta sono

d'accordo nel fissare l'origine del Lazzaretto veneziano tra l'anno 1403 ed il 1422, o 23, o 24. I Genovesi, nella fondazione del loro primo lazzaretto, seguirono l'esempio dei Veneziani alla distanza di circa 44 anni, poichè il lazzaretto alla foce del torrente Bisagno, fuori la porta orientale della città, venne edificato nel 1467. Le discrepanze che esistono in materia fra gli autori che assegnano la data sovra indicata, o la fanno risalire ad epoca di molto anteriore, dipende dalla confusione mantenutasi a lungo fra gli ospedali eretti per ricovero dei lebbrosi, detti più propriamente *Lebbroserie*, e il *Lazzaretto quarantenario*, destinato esclusivamente all'isolamento degli appestati. Mentre le lebbroserie erano per tutta Europa comuni anche prima del mille, i lazzaretti quarantenari non furono istituiti neppure in Italia prima del secolo XIV.

Quanto al *Magistrato di Sanità*, il dott. Bruzza ci prova colla citazione della stessa tavola di fondazione, che Venezia lo istituiva il 7 gennaio 1495. Risulta invece dalle Memorie della Repubblica di Genova, che il Senato creava stabilmente il Magistrato di Sanità in data 18 aprile 1452. Anche questo documento è riportato dall'Autore, come quello di Venezia, nell'originale latino, ch'era la lingua ufficiale e diplomatica d'allora. Per il che nessuno può togliere il merito a Genova di avere istituito stabilmente il primo Magistrato di Sanità in Europa, 43 anni avanti Venezia, sebbene ambedue le repubbliche prima di queste epoche avessero preso rigorose determinazioni per le navi provenienti dal Levante, donde colle merci importavasi la peste.

Venendo ai tempi moderni, l'Autore ci ricorda in una Appendice che l'Italia possiede attualmente otto lazzaretti nelle seguenti località, sotto la dipendenza del Ministro dell'Interno:

Alla Spezia	Lazzaretto	del Varignano;
A Livorno	»	S. Jacopo;
A Civitavecchia;		
A Napoli	»	di Nisida
A Palermo;		
A Brindisi	»	del Forte a Mare;
A Venezia	»	di Poveglia
A Cagliari	»	di S. Elia.

I Regolamenti in vigore riguardanti i lazzaretti sono quattro;
1.° Regolamento internazionale Sanitario (9 dicembre 1852)

in esecuzione dell'art. 6 della Convenzione Internazionale (2 dicembre 1852);

2.° Istruzioni relative al Servizio dei custodi dei lazzaretti e di altri stabilimenti quarantenari (27 gennaio 1853);

3.° Regio Decreto che provvede al riordinamento del Servizio sanitario marittimo del Regno (24 dicembre 1870).

4.° Istruzioni ministeriali pel Servizio di sanità marittima in relazione al R. Decreto 24 dicembre. 1870.

Traité d'hygiène militaire. — Trattato d'igiene militare, *di* G. MORACHE. *Paris, Baillière et Fils, 1874; 1 vol. in 8.° di pag. 1040 con 175 fig. intercalate nel testo. — Rivista bibliografica.*

L'igiene militare può essere considerata come una applicazione alla vita militare delle leggi tracciate dalla igiene generale, per il che essa esige, come studi preliminari per quelli che la vogliono applicare, da una parte una cognizione completa delle leggi di quest'ultima, dall'altra, quella non meno esatta della vita militare, di tutte le condizioni nelle quali, sia in pace, sia in guerra, il soldato può trovarsi per forza di casi.

I medici militari sono addetti agli eserciti non solo per prestare le loro cure ai feriti e ai malati, ma ben anco per essere i consiglieri permanenti del comando in tutto ciò che si riferisce alla salute del soldato. Essi debbono quindi fare ogni sforzo per conservarsi degni della fiducia che il paese ha in loro riposto, e per ciò, senza trascurare minimamente lo studio dei fenomeni morbosi nel campo medico-chirurgico, non debbono dimenticare che la loro sfera di attità è ancora più vasta. Sempre alla ricerca delle cause morbose che possono piombare sugli eserciti, i medici militari hanno a studiarle nelle loro grandi manifestazioni sotto forma di endemie o di epidemie, come pure nelle loro manifestazioni quotidiane, accidentali. Essi si terranno al corrente di tutte le nuove modificazioni apportate ai regolamenti militari, in quanto possono riferirsi in qualche punto alla salute; e non dimenticheranno che il progresso è costante, universale, rintracciando nelle altre armate, nelle numerose pubblicazioni estere, le sorgenti di studio e i punti di confronto, di cui potranno trar profitto.

L' opera del dott. Morache è il frutto di studi coscienziosi, ai quali l'Autore s' è consacrato da parecchi anni. Egli ha messo a profitto i lavori d' igiene generale e quelli degli igienisti militari del secolo XVIII e del corrente, senza trascurare i documenti adunati all' estero, documenti numerosi, interessanti sotto molti rapporti, che dimostrano i progressi compiuti nella igiene, come negli altri rami della scienza militare.

In un trattato d'igiene applicata, l'Autore ha stimato opportuno di prendere come punto di partenza la vita militare in sè stessa, le circostanze in cui pone gli individui che la seguono, le diverse fasi della loro esistenza, e di rintracciare, per ogni caso speciale, le modificazioni che questa vita militare deve fatalmente apportare alle leggi della igiene generale, i pericoli che minacciano l' individuo o la collettività, i mezzi di allontanarli o di diminuirne la sinistra influenza.

L'Autore ha seguito nel suo lavoro un piano regolare quanto metodico. — Il soldato esce dai ranghi della società civile per diventare una unità nella società speciale costituita dagli eserciti; questi eserciti importa conoscerli nel loro complesso, apprezzare le leggi della loro organizzazione, la influenza ch'esse possono avere sulla società generale in quanto le sottraggono una parte de'suoi membri. In appresso è indispensabile lo studiare le leggi, i regolamenti, che determinano la qualità degli individui chiamati, le condizioni fisiche richieste perchè tornino utili al paese. Tale è lo scopo del Libro 1.°, che tratta della *Organizzazione* e della *Leva delle armate.*

Giunto a l' esercito, il soldato subisce la influenza dei nuovi ambienti; questi ambienti, importa al medico ed all' ufficiale di conoscerli, perchè esercitano una influenza costante sulla salute. Nel Libro 2.° venne adunque raccolto tutto ciò che riguarda le *Abitazioni del Soldato*, siano desse permanenti come le caserme, o accidentali come i campi, l' accantonamento, gli alloggi nelle fortezze. In questo libro, il lettore trova un breve riassunto delle nozioni indispensabili sopra il suolo e sulla natura dei terreni utilizzabili per alloggiarvi truppe, come pure sul genere di costruzioni fisse o temporarie da innalzarvisi.

Al quesito delle abitazioni si connette naturalmente quello della illuminazione, del riscaldamento e della ventilazione, che hanno una parte principale sulla salubrità.

Alloggiato ch'ei sia, il soldato è fornito di un uniforme e deve abituarsi al peso dell'equipaggiamento; laonde l'Autore consacra il Libro 3.° allo studio dell'*Abito e del corredo*, considerati nelle

loro relazioni colla salute degli uomini, come colla natura speciale dei lavori fisici ai quali sono sottoposti.

Il Libro 4.°, al quale l'Autore ha dato una estensione relativamente considerevole, tratta della *Alimentazione del soldato*. Prima di addentrarsi nello studio degli alimenti, egli rammenta in succinto le leggi che presiedono alla statica dell'umano organismo, allo scopo di giungere a costituire le razioni del soldato, in quantità e qualità tali che vi si trovino sempre elementi bastevoli per riparare le perdite del suo organismo, in tempo di pace come in tempo di guerra, come pure onde contribuire al suo sviluppo normale, il quale non è per anco raggiunto al momento della coscrizione. Date queste premesse, egli passa allo studio degli alimenti in sè stessi, ma di quelli soltanto che sono utilizzabili pel soldato, ricercandone il valore nutritivo, i caratteri esterni che si è in diritto di esigerne, i processi di conservazione e di cottura di cui sono suscettibili. — Le bevande, l'acqua, come pure le bevande alcooliche, formando parte degli alimenti, sono studiate nella stessa parte dell'opera.

Sotto il titolo speciale della *Vita militare*, il Libro 5.° esamina successivamente i fatti principali della vita militare, la necessità d'una severa igiene corporale, gli esercizî, le marcie, le influenze morali alle quali è sottoposto il soldato; passando in seguito alla vita militare in campagna, lo segue durante il periodo di mobilizzazione, nei combattimenti, nelle sorti diverse della campagna, nei generi di assedio, in inverno o in estate, nelle spedizioni fuori d'Europa, ecc, cercando di formulare per ogni caso, delle indicazioni tanto precise quanto il comportano la moltiplicità delle circostanze.

Nel Libro 6.° delle *Istituzioni sanitarie delle armate*, l'Autore, dopo avere indicato con alcuni dettagli i processi scientifici adoperati per allontanare dal soldato le influenze epidemiche, come la disinfezione dei locali e degli individui, la pratica della vaccinazione, ecc., ha dato un rapido schizzo dell'igiene generale degli stabilimenti sanitarî delle armate, permanenti o temporanei, fissi o mobili, senza apprezzarne il funzionamento in sè stesso. Finalmente, in una breve appendice, ha raccolto alcune cifre relative alla *morbidità* ed alla mortalità nelle armate, considerandole e nel loro complesso e senza affrontare la storia sì interessante delle malattie delle armate.

Tale è il concetto generale dell'opera del prof. Morache, la quale è rivolta, non solo ai medici, ma pur anche agli ufficiali comandanti. Infatti se al medico spetta una parte principale nella

applicazione della igiene alle circostanze della vita militare, quella del comando è ancora più importante. Egli è solo responsabile delle migliaia di esistenze che la patria gli affida, e questa responsabilità non deve delegarla ad alcuno. Stà bene che, secondo i casi, il comando lasci ai medici una parte sufficiente di autorità per applicare, per far eseguire, ma contuttociò rimarrà sempre al comando il diritto e il dovere di non tenersi estraneo a quanto contribuisce alla salute del soldato. Ora, sotto questa parola — comando — s'intendono compresi tutti coloro che comandano, dal generale in capo sino agli ufficiali delle compagnie. Questi ultimi, soprattutto i capitani, dei quali è sì importante l'ufficio nelle armate, possono, nei loro rapporti quotidiani colle truppe, essere i veri promotori della igiene, esigendone la applicazione rigorosa ne' suoi minimi precetti. Il trattato d'igiene militare del signor Morache riempie per ciò una lacuna sinora esistente nella letteratura medico-militare francese, e fornisce anche alle altre nazioni dati, cognizioni e precetti preziosi, poichè tutte hanno il dovere di seguire ed assistere con occhio attento e materno i propri figli sotto le bandiere.

BIBLIOGRAFIA MEDICO-CHIRURGICA

Amabile prof. *Luigi.* Un' osservazione di fistola vescico-vaginale del collo della vescica guarita con un nuovo processo di spostamento seguito dalla sutura. Napoli, 1872; 1 vol. in-8. di pag. 256-xv, con tav. (Dal « Movimento medico-chirurgico »).

Atti del V.° Congresso generale della Associazione medica italiana tenuto in Roma dal 15 al 22 ottobre 1871. — Roma, 1873; 1 vol. in-8. di pag. 322 con fig.

Belluzzi Cesare. Ascesso epatico o peri-epatico guarito colla apertura artificiale. Storia e considerazioni. Bologna, 1873; op. di pag. 19. (Dal « Boll. delle scienze med. di Bologna »).

Bos cav. dott. *A.* Nota sulle ferite fatte colle nuove armi da fuoco. Firenze, 1873; op. di pag 16. (Dall' « Imparziale »).

Bottini prof. *Enrico.* Vasto sarcoma del collo esportato con felice successo. Nota clinica comunicata alla R. Accad. medica

di Torino il 19 dicembre 1873. Torino, 1874; op. di pag. 15 con fig.

Bouqué. Della cura dell' onichia maligna col nitrato di piombo. Bologna, 1873; op. di pag. 15. (Dal « Boll. delle scienze med. di Bologna »).

Bruzza Antonio Luigi. Origine dei lazzaretti e dei magistrati di sanità. Genova, 1874; op. di pag. 64.

Casali. Nuova varietà della spiroptera del pollo. Modena, 1874; op. di pag. 14 con fig. (Dall' « Annuario della Società dei Naturalisti di Modena »).

Caselli prof. *Azzio.* Sulla allacciatura della femorale profonda. Storia e considerazioni. Bologna, 1873; op. di pag. 19. (Dal « Bull. delle scienze med. di Bologna »).

Idem. Sull'amputazione della lingua. Storia e considerazioni. Bologna, 1873; op. di pag. 10. (Dal « Bull. delle scienze med. di Bologna »).

Cocconi prof. cav. Enumerazione sistematica dei molluschi miocenici e pliocenici delle provincie di Parma e Piacenza, con tav. Bologna, 1873-74. In corso di associaz.

Contini prof. *Cesare.* Manuale d' igiene popolare per uso delle Scuole elementari e degli Istituti di educazione. 2.ª edizione. Roma, 1874; 1 vol. in-8. di pag. 308. Prezzo L. 2. 50. Vendibile presso Carlo Camassei. Roma, Via Monte Brianzo, N. 3, 3.° piano.

Curatolo Vincenzo. Il chimismo della nutrizione delle piante. I. La Respirazione. Saggio scientifico di chimica fisiologica applicata alla fisiologia vegetale. Trapani, 1873; op. di pag. 32.

Dell'Acqua Felice. Igiene popolare. Dissertazioni e note. Milano, tip. Rechiedei, 1873-74; 1 vol. in-8. di pag. 150.

De Renzi prof. *Errico.* Studi di clinica medica praticati durante l'anno scolastico 1871-72. Quarto discorso di chiusura alle lezioni. Napoli, 1873; op. di pag. 31. (Dal « Morgagni »).

Dichiara Francesco. Osservazioni su di un caso di litontrisia. Palermo, 1873; op. di pag. 16 con fig.

Falaschi prof. *Emilio.* Sull' efficacia del solfato di chinina come eccito-motore delle fibre muscolari dell' utero gravido. Osservazioni raccolte nell' Ospizioni di Maternità di Siena e comunicate all'Accademia dei Fisiocritici alla pubblica tornata del 27 aprile 1873. Siena, 1873; op. di pag. 23.

Fubini. Di alcuni fenomeni che avvengono durante la compressione del midollo spinale di rana. Torino, 1872; op di pag. 7.

Giacomini Carlo. Osservazioni anatomiche per servire allo stu-

dio della circolazione venosa delle estremità inferiori, fatte all'Istituto anatomico di Torino. Torino, 1873. (Dal « Giornale della R. Accad. di med. di Torino »).

Idem. Sopra di un'ampia comunicazione tra la vena porta e le vene iliache destre. Nota presentata alla R Accademia di medicina di Torino nelle sedute delli 21 e 28 novembre 1873. Torino, 1873; op. di pag. 46 con fig.

Giovannini cav. *Gaetano.* La pinzetta stafilorafica inventata e prodotta dall'Autore. Bologna, 1873; op. di pag. 15 con fig. (Dal « Boll. delle tcienze med. di Bologna »).

Heineke prof. *Guglielmo.* Compendio delle operazioni e fasciature chirurgiche. Traduzione autorizzata con note del dottore G. F. Novaro. Vol. 1.° Roma, Torino, Firenze, 1874; Ermanno Loescher, editore; 1 vol. in-16. di pag. 424 con fig. Prezzo, lire 5.

Huxley. Manuale dell'anatomia degli animali vertebrati, tradotto con note ed aggiunte da Enrico Hillyer Giglioli, prof. di geologia ed anatomia dei vertebrati nel R. Istituto dl studi superiori di Firenze, G. Barbera editore, 1874; 1 vol. in-16. di pag. 497 con 110 incisioni. Prezzo, L. 5.

Il Piria. Giornale di chimica e scienze affini diretto dal cav. prof. Silvestro Zinno con la collaborazione di molti distinti scienziati. Anno 2. Napoli, 1874. Si pubblica due volte al mese in un fascicolo, almeno in 16 pag. con copertina ed indice. L'associaz. è obbligatoria per un anno, pagabile a semestre, al prezzo di L. 8, franco di posta, e si riceve presso l'ufficio del direttore, via S. Biagio de' Librai, 8.

Landi prof. *Pasquale.* Di una trasfusione di sangue per anemia e septicemia, eseguita nello Spedale di Pisa. Forlì, 1873; op. di pag. 9. (Dal « Raccoglitore medico »).

Marini Gennaro. Il morbo detto emorroidario corretto nel nome e nel posto che aver deve in nosologia e quindi nelle sue indicazioni curative. (Dal « Giornale dell'Associaz. Il Galilei ». Quaderno VI, aprile 1872).

Marzolo prof. *F.* La 36.ª ovariotomia in Italia. Note cliniche. Padova, 1874; op. di pag. 11. (Dalla « Gazz. med. ital. Provincie Venete »).

Mosso Angelo. Movimenti dell'esofago. Ricerche sperimentali fatte nell'Istituto fisiologico degli studi superiori di Firenze. Torino, 1873; op. di pag. 44 con fig. (Dal « Giorn. della R. Accad. di med. di Torino »).

Mucci Domenico. Spostamenti uterini e loro conseguenze. Gua-

rigione con mezzi meccanici. Bologna, 1871; op. di pag. 8 (Dalla « Rivista clinica »).

Murri Augusto. Due nuovi argomenti intorno alla genesi renale dell'urea. Firenze, 1873; op. di pag. 10. (Dallo « Sperimentale »).

Olioli Antonio. Nuovo metodo curativo delle convulsioni dei bimbi cagionate dalla verminazione. Torino, 1874; op. di pag. 7. (Dal « Giorn. della R. Accad. di med. di Torino »).

Pasqualigo Giuseppe. Malattie ed imperfezioni fisiche simulate dagli iscritti di leva. Opera in corso di associazione, al prezzo di L. 3. 50. Le soscrizioni si ricevono presso l'Autore, capitano mecico nel 27.° fanteria, a Nocera inferiore (Prov. di Salerno). L'opera consterà di un vol. in-8. di circa 400 pag. con tavole intercalate, ed escirà alla luce non appena si saranno raccolte sufficienti sottoscrizioni che assicurino, se non in tutto, in parte le spese di stampa. — È una impresa da raccomandarsi caldamente, perchè supplisce ad un vuoto che si lamenta nella letteratura medica italiana e tende a presentare un'accurata raccolta delle osservazioni e degli indirizzi offertici in proposito dai più accreditati medici legali e medici militari d'Europa.

Piga prof. *Pasquale.* Contributo alla nuova azione della china promulgata dall'ill. Monteverdi di Cremona. Roma, Firenze, 1873; op. di pag. 15.

Pirovano Francesco. Saggio sull'albuminuria. Milano, 1873; op. di pag 60. (Dagli « Ann. univ. di med. »).

Postemski Paolo. La trasfusione del sangue. Tesi premiata dalla Facoltà medico-chirurgica di Roma. Roma, 1873; op. di pagine 14.

Reder Albert. Patologia e terapia delle malattie veneree. Prima traduzione italiana autorizzata sull'ultima tedesca. Napoli, 1871; 1 vol. in-8. di pag. 400.

Ria prof. *Giuseppe.* La idroterapia del medico moderno studiata secondo la fisiologia e la clinica. Napoli, 1874; 1 vol. in-8. di pag. 276. — Prezzo, L. 6. Vendibile presso l'A., via Duomo, 67, e presso i principali librai d'Italia.

Rizzoli comm. prof. *F.* Di un aneurisma arterioso-venoso attraversante la parete del cranio, costituito da un grosso ramo dell'arteria occipitale sinistra e del seno trasverso destro della dura madre, non che di un altro aneurisma, e di ferite pure dell'arteria occipitale. Bologna, 1873; op. di pag. 30 con fig.

(Dalle « Memorie dell'Accad. delle scienze dell'Istituto di Bologna »).

Idem. Cancroide nella regione epigastrica comprendente il peritoneo. Sua escisione. Guarigione. Bologna, 1873; op. di pag. 15. (Dal « Boll. delle scienze med. di Bologna »).

Idem. Escrescenze e tumori che formansi allo interno ed ai contorni dell' uretra muliebre e loro cura. Bologna, 1873; op. di pag. 40. (Dal « Bollettino delle scienze mediche di Bologna »).

Rota Antonio. Le risaie in Lombardia sotto il rapporto igienico. Milano, 1873; op. di pag. 38. (Dall' « Italia agricola »).

Ruggi Giuseppe. Cisto-ovarico moltiloculare sinistro estirpato con successo. Bologna, 1872; op. di pag. 12. (Dal « Boll. delle scienze med. di Bologna »).

Santi prof. *Sirena*. Sui corpi di Wolff e sulle relazioni di essi con le ghiandole indifferenti e con i reni. Palermo, 1873; op. di pag. 33 con tav.

Scarenzio prof. *Angelo*. Due casi di iscuria da affezione prostatica trattati colla puntura capillare, Milano, 1873; op. di pag. 10. (Dalla « Gazz. med it. Lomb. »).

Severini prof. *Luigi*. Azione dell'ossigeno atomico sulla vita dei nervi. Perugia, 1873; 1 vol. in-8. di pag. 176. Prezzo, L. 2. Vendibile presso Loescher.

Tassani Alessandro. L'Ospizio Provinciale degli Esposti in Como nel 1872. Como, 1874. op. di pag. 43.

Valerani cav. *Flavio*. Osservazioni chirurgiche. Voluminoso fibro-sarcoma aderente al perineo. Estirpazione. — Guarigione. — Storia di un' ovariotomia. Voluminosa cisti ovarica moltiloculare. — Estirpazione completa. — Morte per peritonite violenta dopo 38 ore. Torino, 1873; op. di pag. 19.

Idem. Della compressione elastica come mezzo di emostasi nelle operazioni. Nota presentata alla R. Accad. med. di Torino. Torino, 1874; op. di pag 11.

Vecchietti Edoardo. L'enuresi netturna ed il cloralio idrato. Nota letta alla Società medico-fisica nella seduta dal 23 dicembre 1873. (Dall' « Imparziale », N. 1 e 2. Anno XIV).

Verardini cav. *Ferdinando*. Di una nuova leva articolata e decollatrice. Bologna, 1873; op. di pag. 21. (Dalle « Memorie dell'Accad. delle scienze dell'Ist. di Bologna »).

Verga prof. *Andrea*. L'ubbriachezza in Milano. — Milano, 1873; op. di pag. 20. (Dagli « Atti del R. Ist. Lomb. »).

Voltolini prof. *Rodolfo*. L'uso della galvano-caustica nell' interno della laringe, della faringe, della bocca, del naso e dell' orec-

chio, preceduto da una breve introduzione alla laringoscopia e rinoscopia. Traduzione libera autorizzata del prof. Alberto Gamba. Roma, Torino, Firenze, Ermanno Loescher, 1874. 1 vol. in-16. di pag. 287, con 24 incisioni in legno e 3 cromolitografie. — Prezzo, L. 5.

Bouqué. Clinique chirurgicale de l'Université de Gand, prof. M. F. J. D. Soupart. Compte-Rendu annuel. Année académique 1872-73. Gand, 1873; 1 vol. in-8. de pag. 201 avec fig.

Bouqué. Contribution à l'anatomie pathologique et à la thérapeuque des fistules uro-génitales de la femme. Gand, 1873; op. de pag. 16. (Extr. du « Bull. de la Société de méd. de Gand »).

Bouqué. Remarques à propos d'un nouveau moyen prophylactique de l'infection purulente; Gand, 1873; op. de pag. 10. (Extr. du « Bull. de la Société méd. de Gand »).

Bouqué. Un mot sur l'état actuel de la thérapeutique des fistules vésico-vaginales. Gand, 1873; op. de pag. 16. (Extr. du « Bull. de la Société de méd. de Gand »).

Churchill. Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement. Trad. de l'anglais par les docteurs *Wieland* et *Dubrisay*. Deuxième édition revue, corrigée et contenant l'exposé des travaux français et étrangers les plus récents par le doct. A. Le Blond, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, Baillière et fils, 1874; 1 fort. vol. in-8. de XVI-1255 pag. avec 337 fig. intercalées dans le texte. Prix, 18 fr.

Demarquay. De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie. Paris, Baillière et fils, 1874; 1 vol. in-4. de VIII-328 pag. avec 4 pl. comprenant 16 fig. lith. et crhomolith. Prix, 16 fr.

De Pietra Santa Prosper. Hygiène publique. La Crémation des morts en Italie. Paris, 1873; Baillière et fils, libraire; op. de pag. 19. (Extr. de « L'Union médicale »).

Jeannel. De la prostitution dans les grandes villes au dix-neuvième siècle et de l'extinction des maladies vénériennes. Questions générales d'hygiène, de moralité publique et de légalité; mesures prophylactiques internationales; réformes à opérer dans le service sanitaire; discussion des règlements exécutés dans les principales villes de l'Europe. Ouvrage précédé de documents relatifs à la prostitution dans l'antiquité. Deuxième édition refondue et corrigée par des documents nouveaux. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1874; 1 vol. in-16. de pag. 647.

Jullien Louis. De l'amputation du pénis. Paris 1873; 1 vol in-8. de pag. 112.

Leudet E. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1874; 1 vol. in-8. de pag. 606. Prix, 8 fr.

Morache G. Traité d'hygiène militaire. Avec 175 fig. intercalées dans le texte. Publication de la Réunion des officiers. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1874; 1 vol. in-8. de pag. 1040. Prix, 16 fr.

Thompson prof. *Henry*. Traité pratique des maladies des voies urinaires. Traduit avec l'autorisation de l'Auteur et annoté par *Édouard Martin*, *Édouard Labarraque* et *Victor Campenon*, internes des hôpitaux de Paris, membres de la Société anatomique. Précédé des Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à « University College Hospital », traduites et annotées par les docteurs *Jude Hue* e *F. Gignoux*. Avec 280 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1874; 1 vol. in-8. de pag. 775.

Hüsemann prof. *Teodor*. Handbuch der Gesammten Arzneimittellehre, mit besonderer Rücksichtnahme auf die Pharmacopoe des Deutschen Reiches für Aerzte und Studirende. In zwei Bänden. Erster Band. Berlin, 1874; 1 vol. in-8. di pag. 432. Verlag von Julius Springer, in Berlin, Monbijouplatz, 3.

Altre Opere pervenute al Direttore degli Annali Universali di Medicina.

Atti del Municipio di Milano pel 1872. — Milano, 1873; 1 vol. in-4 di pag. 567.

Atti del Municipio di Milano pel 1873. Milano, 1874; 1 vol. in-4 di pag. 557.

Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano. Sulla conversione dei beni dei LL. PP. in rendita pubblica. Milano, 1874; op. di pag. 23.

Elenco dei membri del Consiglio Comunale, della Giunta Municipale, e delle Commissioni presso il Municipio di Milano per l'annata 1874.

Gorla avv. *Francesco*. Relazione della Deputazione Provinciale di Milano sulla propria gestione durante l'anno dal sett. 1872 a tutto agosto 1873. Milano, 1873; op. di pag. 66.

Il Progresso. Rivista mensile delle nuove invenzioni e scoperte; notizie industriali e varietà interessanti. Anno II. Torino, via Bogino, N. 10. Prezzo d'associazione annua, L. 5 (franco per tutto il Regno).

Minonzio Carlo. Osservazioni sulla Dissertazione del prof. Carminati Temistocle « Del rigorismo considerato per sè stesso e come sistema disciplinare nelle scuole e nei collegi ». Lettura fatta all' Accademia Fisio-Medico-Statistica il 18 dicembre 1873; op. di pag. 6.

Orioli Paolo. Dissertazione letta nel giorno della solenne distribuzione dei premi nel Collegio Vanetti in Fabbiasco-Varese, 1873.

Pavesi cav. *Natale.* Discorso letto per l' inaugurazione del concentramento delle Pie Case degli Incurabili in Abbiategrasso. Milano, 1874; op. di pag. 11.

Pavesi prof. *Angelo* e *Rotondi* ing. *Ermenegildo.* Relazione dei lavori eseguiti nel Laboratorio chimico della stazione di prova presso la R. Scuola superiore d' agricoltura in Milano. Anno 1872-73. Milano, 1874; op. di pag. 68.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Romolo Griffini.**

INDICE DEL FASCICOLO

§ 1. Memorie ed Osservazioni originali.

TAMASSIA. Contribuzione all'anatomia patologica della pazzia . . . . . pag. 3
CHIARLEONI. Le iniezioni ipodermiche d'acido fenico nei processi morbosi puerperali. — Osservazioni raccolte nell'Ospizio Partorienti presso la R. Scuola d'Ostetricia in Milano, diretta dal prof. cav. D. Chiara . . . . . » 56
MONTEVERDI. Studi sopra l'azione del miasma palustre e del solfato di chinina. — Continuazione . . . . . » 73
CASTOLDI. Caso di stenosi intestinale operato coll'ano artificiale . . . . . » 186
BROCCA. Caso di pazzia isterica . . . . . » 195
FORLANINI. Caso di tubercolosi del miocardio . . . . » 204

§ 2. Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.

WUNDERLICH. Temperatura nelle malattie o Manuale di termometria medica. — Versione italiana del dottor Vincenzo Napolitani. — Estratto del dott. Pietro Bosisio. — Continuazione . . . . . » 89
Rivista sifilografica dal 1866 alla fine del 1873 — del dottor Carlo Padova. — Continuazione . . . . . » 130
Relazione sanitaria mensile dell'Ospedale Maggiore e Luoghi Pii Annessi di Milano pel mese di luglio 1874 . . . » 183
Adunanza sanitaria mensile . . . . . » 204
Varietà . . . . . » 205

PAVESI e ROTONDI. Relazione dei lavori eseguiti nel Laboratorio chimico della Stazione di prova presso la Regia Scuola superiore d'agricoltura in Milano. — Cenno bibliografico . . . . . » 207

BRUZZA. Sull'origine dei lazzaretti e dei magistrati di sanita. — Cenno bibliografico . . . . . » 210

MORACHE. *Traité d'hygiène militaire.* — Trattato d'igiene militare. — Rivista bibliografica . . . . . » 212

Bibliografia medico-chirurgica italiana e straniera . . . » 215

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Opere di Medicina

VENDIBILI

presso la Ditta FRATELLI RECHI EDEI

MILANO.

Balocchi. — Manuale di ostetricia pei medici. Milano, 1871, 1 vol. in-8. L. 15 —

— Manuale completo di ostetricia ad uso delle levatrici, con 132 figure intercalate nel testo. Milano, 1871 » 8 —

Bamberger H. — Trattato clinico delle malattie del sistema chilopoietico. Napoli, 1874 » 18 —

Casini dott. Agostino. — Elementi di anatomia patologica generale e speciale compilati sulle lezioni del dottor Ottone Schrön, malattie pulmonali, bronchiali, ecc. Napoli, 1874 » 4 50

— Elementi di anatomia patologica generale e speciale compilati sulle lezioni del dottor Ottone Schrön. Parte speciale, malattie del tubo digerente e del fegato » 3 60

Del Monte dott. Michele. — Manuale pratico di oftalmoiatria, 2 vol. Milano 1872-74 » 9 —

Gamberini cav. dott. Pietro. — Manuale delle malattie cutanee. Milano, 1871 » 6 —

— Trattato teorico pratico delle malattie veneree. Milano, 1873 » 12 —

Gerhardt dottor G. — Manuale di ascoltazione e percussione con speciale riguardo alla ispezione, palpazione e misurazione del torace e dell'addome per lo scopo diagnostico, prima trad. ital. sulla 2.ª ed. ted. amp. e corr., pel dott. T. De Bonis. Napoli, 1872 » 6 —

Gherini dott. Ambrogio. — Del tetano traumatico. Reminiscenze. Milano, 1871 » 1 —

Hermann dott. Ludimar. — Fondamento di fisiologia dell'uomo, prima versione italiana sulla 2.ª edizione tedesca, pel dottor Giovanni Paladino. Napoli, 1869 » 10 —

Hyrtl Giuseppe. — Istituzione di anatomia dell'uomo come base della fisiologia e delle pratiche applicazioni, seconda versione italiana sulla decima ediz. ted. del dott. Giovanni Antonelli. Napoli, 1871 » 14 —

— Manuale di anatomia topografica e delle sue pratiche applicazioni medico-chirurgiche. Seconda traduz. italiana eseguita sulla 5.ª ed ultima ed. viennese del dott. Raffaele Buonomo, 2 grossi vol. 8.° Napoli, 1872 » 24 —

Jaccoud prof. S. — Trattato di patologia interna, 1.ª versione ital. con note originali, pel prof. Diddato Borrelli. — Opera accompagnata di figure e tavole in cromolitografia. Napoli, 1870, al fascicolo L. 1 —

Le Gros Clark F. — Lezioni intorno ai principii di diagnostica chirurgica specialmente in rapporto alla commozione ed alle lesioni viscerali, traduzione dall'inglese del dott. Michele Mamo. Napoli, 1870 » 7 —

Orosi. — Farmacologia, al fascicolo » 1 —

Paladino dott. Giovanni. — Lezioni di istologia e fisiologia generale, 2.ª edizione. Napoli, 1871 » 7 —

Pitha e **Billroth.** — Enciclopedia di Patologia chirurgica speciale e generale, con 13 tavole in rame, 52 in litografia e numerose figure intercalate, pei dottori Delmonte e Antonelli. Traduzione italiana. Napoli, 1870, al fascicolo » 1 —

Posner D. L. — Manuale di dottrina clinica dei rimedi. — Prima versione italiana dal tedesco sull'ultima edizione dell'Autore del prof. Ria. Napoli, 1869. 1 vol. in-8. » 14 —

Posner D. L. e **Simon** D. E. — Manuale di Farmacopea generale e speciale, elaborato con peculiare studio dei rimedi nuovi sulla 7.ª ediz. della Farmacopea prussiana e su tutti gli ultimi lavori alemanni e stranieri. — Napoli, 1871. 1 vol. in-8 » 14 —

Rosenstein dott. Sigismondo. — Trattato clinico di patologia e terapia delle malattie renali — 1.ª traduzione italiana sulla 2.ª edizione tedesca, del dottor Vincenzo Napolitani Napoli, 1872. 1 vol. in-8 » 10 —

Ruspini G. — Manuale eclettico di rimedi nuovi. Bergamo, 1871 » 6 —

Schivardi cav. Plinio. — Manuale di elettroterapia, esposizione critico-sperimentale di tutte le applicazioni elettroiatriche, 2.ª edizione riveduta e corretta, ed illustrata con 71 incisioni. Milano, 1873 » 7 50

Selmi prof. cav. Antonio. — Manuale di chimica applicata alle arti ed all' industria, redatto giusta gli ultimi programmi ministeriali per gli istituti tecnici corredato di 44 figure intercalate nel testo » 7 50

Selmi prof. Francesco. — Nuovo processo generale per la ricerca delle sostanze venefiche con appendice di argomenti tossicologici ed affini. Bologna, 1875 » 3 50

Vogel dott. Alfredo. — Trattato delle malattie dei bambini. — Prima traduzione italiana sulla 4.ª edizione tedesca autorizzata dall'autore pel dott. G. Filippone. Napoli, 1871, 1 vol. in-8, con 6 tavole » 15 —

☞ Si spediscono franchi di porto nel Regno contro vaglia postale diretto ai Fratelli Rechiedei, Milano — Per l'estero aggiungere le spese postali eccedenti.